ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOTHERAPIE

UND IHRE GRENZGEBIETE EINSCHLIESSLICH DER MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE UND PSYCHISCHEN HYGIENE

ORGAN DER ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON

E. KRETSCHMER
MARBURG

R. SOMMER
GIESSEN

SCHRIFTLEITUNG

R. ALLERS
WIEN

A. KRONFELD
BERLIN

I. H. SCHULTZ
BERLIN



BAND 4 MÄRZ 1931 3. HEFT
(37)

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

ZENTRALBLATT
FÜR PSYCHOTHERAPIE UND IHRE GRENZGEBIETE

Herausgegeben von Prof. Dr. E. Kretschmer, Direktor der Univ.-Nervenklinik Marburg und Prof. Dr. R. Sommer, Direktor der psychiatr. Univ.-Klinik Gießen, Am Steg 12 / Jährlich erscheinen 12 Hefte, monatlich ein Heft. Gesamtumfang 50 Bogen = 800 Seiten / Preis M. 36.— (ausschließlich Porto) / Das Honorar für Originalarbeiten beträgt M. 100.— für den 16seitigen Druckbogen. Außerdem erhalten die Herren Mitarbeiter von ihren Originalbeiträgen 50 Sonderdrucke kostenlos geliefert. Ein Mehrbedarf muß bei Rücksendung der Fahnenkorrektur angegeben werden.

ANSCHRIFTEN DER SCHRIFTLEITUNG:

FÜR DEN ORIGINALIENTEIL: Dr. med. et phil. **Arthur Kronfeld,** Berlin W 10, Hohenzollernstraße 3 und Professor Dr. **I. H. Schultz,** Berlin W 62, Ahornstraße 4.
FÜR DEN REFERATENTEIL: Privatdozent Dr. med. **R. Allers,** Wien IX, Schwarzspanierstraße 17.

INHALT DIESES HEFTES:

AKTUELLES. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (Breslau, 9.—11. April 1931), S. 145 / XII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Hamburg, 12.—16. April 1931), S. 145 / III. Fortbildungskurs des Zipser Ärztevereins (24.—28. Mai, 1931), S. 145

ORIGINALIEN. **Alfred Joseph,** Rheumatoide Erscheinungen und ihre seelische Beeinflussung, S. 146 / **E. Gutheil,** Ein geheilter Fall von Stottern, S. 171

EIGENBERICHT. L. Danziger, Hildegard Hetzer und Helene Löw-Beer, Pflegemutter und Pflegekind, S. 187

LITERATURBERICHTE. **I. H. Schultz,** Bodek, Psychotherapie der vegetativen Neurosen, S. 188 / **H. Kogerer,** Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge, S. 191

REFERATE. S. 192

MISZELLEN. Aus Th. Fontane: Von Zwanzig bis Dreißig, S. 205 / Der Wille zum Kind, S. 207

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Dr. **Alfred Joseph,** Düsseldorf-Rath, Rather-Stroichstraße 2a — Dr. **E. Gutheil,** Wien I, Werdertorgasse 4 — Dr. L. **Danziger,** Wien I, Burgring 9 (Psychologisches Institut) — Prof. Dr. **I. H. Schultz,** Berlin W 62, Ahornstraße 4 — Dr. **H. Kogerer,** Wien IX, Schwarzspanierstraße 9

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG



I. AKTUELLES

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau am 9., 10. und 11. April 1931. Tagesordnung: A. Referate: Erfolge der Reiztherapie bei progr. Paralyse. 1. Herr Jossmann-Berlin: Klinische Ergebnisse. 2. Herr Kurt Schneider-Köln: Soziale Fragen. 3. Herr Plaut-München: Humorale Beeinflussung und biologische Probleme. B. Vorträge: Zahlreiche Einzelthemen. Tagungsort: Gebäude der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

XII. **Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie**, Hamburg 12.–16. April 1931. Programm: R. Sommer-Gießen: Geschichte der Gesellschaft für experimentelle Psychologie von 1904 bis 1929. Sammelreferat: D. Katz-Rostock: Hunger und Appetit. F. Krueger-Leipzig: Die Aufgaben der Psychologie an den deutschen Hochschulen. Hauptthema; Sprachpsychologie. K. Bühler-Wien: Das Ganze der Sprachtheorie, ihr Aufbau und ihre Teile. E. Cassirer-Hamburg: Sprache und Gegenstandswelt. N. Ach-Göttingen: Zur psychologischen Grundlegung der sprachlichen Verständigung. L. Weisgerber-Rostock: Sprachvergleichung und Psychologie. G. Ipsen-Leipzig: Sprache und Gemeinschaft. H. Werner-Hamburg: Sprache und Ausdruck. K. Goldstein-Berlin-Charlottenburg: Die pathologischen Tatsachen in ihrer Bedeutung für das Problem der Sprache. A. A. Grünbaum-Amsterdam: Sprache und Handlung. H. Gruhle-Heidelberg: Die Sprachstörungen der Schizophrenie. Sammelreferat: G. Kafka-Dresden: Behaviorismus und Tierpsychologie. Außerdem zahlreiche Einzelvorträge (in Sektionen). Ort der Tagung: Universität.

Wir werden um Veröffentlichung folgender Mitteilung gebeten:

Der Zipser Ärzteverein veranstaltet zu Pfingsten, vom 24. bis 28. Mai 1931, in den Kurorten der Hohen Tatra (Č. S. R.), seinen III. Fortbildungskurs mit deutscher Vortragssprache, unter Mitwirkung reichsdeutscher, ungarischer, polnischer, österreichischer und inländischer Professoren. In Anbetracht der großen kulturellen Bedeutung dieser Veranstaltung, der großen wirtschaft-

lichen Interessen der Zipser deutschen Sprachinsel an diesem Kurse, bzw. an dem Gedeihen der Kurorte werden die deutschen Ärzte um rege Beteiligung gebeten.

Genaues Programm und alle anderen Auskünfte folgen. Nachfragen sind an den Zipser Ärzteverein in Kesmark zu richten.

II. ORIGINALIEN

ALFRED JOSEPH:

RHEUMATOIDE ERSCHEINUNGEN UND IHRE SEELISCHE BEEINFLUSSUNG [1])

Eine experimentell-psychologische Untersuchung über 100 Fälle von Lumbago und Torticollis rheumatoides

Wir begrüßen die folgende aus der allgemeinen Praxis stammende Arbeit ihres klinischen Charakters wegen und erachten die dabei erfolgende Abgrenzung mit dem „Rheuma"-Problem auch für unseren Leserkreis als anregend.

Die Redaktion.

Aus der Fassung der Überschrift können Sie entnehmen, mit welcher Vorsicht ich an meine Aufgabe herangegangen bin. Ich sage absichtlich rheumatoid und nicht rheumatisch und spreche von Erscheinungen und nicht von Erkrankungen. Es ist mir bewußt, daß „Rheuma" nicht nur wörtlich Fließen bedeutet, sondern daß es auch begrifflich fließend, d. h. nicht eindeutig ist; ferner, daß die Differentialdiagnose der „rheumatischen" Erkrankungen zu den schwierigsten Aufgaben in der inneren Medizin gehört. Eine allgemein anerkannte wissenschaftliche Nomenklatur der rheumatischen Erkrankungen besteht noch nicht. Das englische Gesundheitsministerium hat folgendes Schema ausgearbeitet und bei seinen statistischen Erhebungen verwendet (nach Zimmer). Gruppe A: 1. Akuter Gelenkrheumatismus; 2. Subakuter Gelenkrheumatismus. B: 3. Muskelrheumatismus; 4. Lumbago; 5. Ischias, Armneuritis. C: 6. Primär chronischer Gelenkrheumatismus; 7. Osteoarthritis; 8. Gicht; 9. Unklassifizierbare Gelenkerkrankungen. Auch hieraus ersieht man, wie verschiedenartige Erkrankungen mit dem Wort „Rheuma" verknüpft worden sind. Die deutsche Gesellschaft für Rheumabekämpfung hat eine besondere Kommission unter dem Vorsitz von Geh.-Rat His ernannt, um neben einer zu rein wissenschaftlichen Zwecken dienenden Nomenklatur eine kurze Einteilung für die allgemeine Statistik zu schaffen, die insbesondere den Versicherungsträgern (Krankenkassen, Knappschaften, Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte) zum einheitlichen Gebrauche empfohlen werden soll. Diese Statistik ist nach einer Mitteilung von Krebs noch nicht fertiggestellt. Ernst und Broichmann halten eine Änderung der Krank-

[1]) Vortrag im Verein der Ärzte Düsseldorfs im Mai 1930.

heitsziffern bei den Invaliditätsursachen für nötig und schlagen vor, bei den Landesversicherungsanstalten Rheuma ähnlich wie Tuberkulose in eine Sondergruppe zu bringen. Daß man sich seit einiger Zeit energischer als früher zur Wehr gegen die rheumatischen Erkrankungen setzt, hat gute Gründe. Veil behauptet, daß die „rheumatische Infektion" eine der umfangreichsten, wenn nicht – zusammen mit der Tuberkulose – die umfangreichste Infektionskrankheit überhaupt des Menschen darstellt. Zahlen sprechen hier eine beredte Sprache. Fast der 10. Teil aller Erkrankungen bei Versicherten fällt nach Zimmer den Erkrankungen der Bewegungsorgane zur Last. (Mangels statistischer Erhebungen mußte die unversicherte Bevölkerung ausscheiden.) Genau ist das Verhältnis 10,69 : 100. Wie groß diese Zahl ist, erhellt deutlich aus der Vergleichszahl mit den tuberkulösen Erkrankungen. Die Tuberkulosegruppe verhält sich zu den Gesamterkrankungen nach Z. wie 2,79 : 100, so daß die Verhältniszahlen Rheuma zu Tuberkulose sich verhalten wie 4,83 : 1. Die männlichen Kranken überwiegen. Natürlich kann es sich bei diesen Erhebungen nicht um absolute Werte handeln, da sowohl bei Rheuma wie besonders auch bei Tuberkulose unklare Fälle (Verdacht usw.) unterlaufen. Dazu ist die Dauer der Erkrankungen, bei vorübergehender Krankheit und bei der Frage der Invalidität, von großer Bedeutung. Auf den Fall kommen an Krankheitstagen bei der Gruppe Muskelrheumatismus, Gelenkrheumatismus, Gicht, Lumbago 28,5, und zwar bei Männern 24,9, bei Frauen 31,5 (berechnet nach den Angaben der AOK Berlin 1923–1925). Nach einer allgemeinen Statistik über 22 Millionen Versicherte (Ref. Ministerialrat Dr. Grieser) betrug die Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Fall durchschnittlich 24,2 Tage. Der Krankenbestand war z. B. bei der AOK Düsseldorf vom 16. II. bis 22. II. 1929 4% (normal 3,5%). Das wären auf 22000000 Versicherte berechnet 880000 Kranke. Nimmt man nur RM. 5.– als Krankengeld für den Tag an, so ergibt sich eine ungeheuer große Summe. Der Sozialaufwand stieg in Deutschland von 2,5 Milliarden 1913 (heutiger Geldwert) auf schätzungsweise rund 6,3 Milliarden 1929. Die Differenzierung der Rheumagruppe zeigt weiter, daß die speziell oben angegebenen rheumatischen Erkrankungen die übrigen Erkrankungen der Bewegungsorgane um das Fünffache übertreffen. Allgemein ist zu bemerken, daß bei der Invalidität ein wegen rheumatischer Erkrankungen Erwerbsbeschränkter im Gegensatz zur Tuberkulose den Versicherungsträgern öfter jahrzehntelang zur Last fällt. Wenn man alle diese Umstände berücksichtigt, so versteht man den Ausspruch Zimmers an der Spitze seiner Einführung: Rheuma ist Not. Ich möchte hinzufügen: Not für die Kranken, aber auch für die behandelnden Ärzte. Wie sollen wir Ärzte nun dieser Not begegnen, wenn uns ein einheitlicher Krankheitsbegriff für Rheuma fehlt und wenn wir bezüglich der Ätiologie seiner hauptsächlichen Krankheitserscheinungen im unklaren sind. Ernst und Broichmann erklären, daß sich auf Grund ihres großen Materials über die Entstehung des primär chronischen Gelenkrheumatismus nichts aussagen läßt, und daß auch beim Muskelrheuma nur dürftige Schlüsse gezogen werden können. Die Annahme von Schade, es käme eine dysthermische Kolloidschädigung (Gelose) in Frage, ist nach Strasser weit entfernt von einer Erklärung des Krankheitsprozesses. Strasser hält neben der ererbten (endogener Faktor) die erworbene Disposition zu Erkältungskrankheiten für bedeutungsvoll, verweist auf die ungünstige Einwirkung von Kälteschäden bei infektiösen Prozessen, zu denen Grippe u. a. und auch die fokale Infektion durch Tonsillen, Wurzelgranulome usw. zu rechnen wäre, er läßt es aber dahingestellt, ob die Verminderung des organischen Widerstandes im Versagen des Kreislaufs, der Innervation, der Osmose, der physikalisch-chemischen Qualitäten oder einer organischen

Schutzwirkung besteht (innere Sekretion, hormonale Einflüsse). Bei dem Versuch, Rheuma als „allergische Reaktion" zu deuten, darf man nicht vergessen, daß v. Pirquet als „Allergie" die gesamte wellenförmige Erregbarkeitsänderung des Organismus und nicht etwa nur die Überempfindlichkeit bezeichnet hat. Nach Klinge verschiebt sich das Ätiologieproblem des Gelenkrheumatismus dahin, daß für das Entstehen des rheumatischen Gesamtkomplexes ein besonderer Erreger nicht verantwortlich zu machen ist. Es ist vielmehr eine allergische Reaktionsfähigkeit des Körpers durch Umstimmung, Sensibilisierung der Gewebe von einem lokalen Infekt aus entstanden. Weiterhin bedarf es dabei nach Stettner neben der erworbenen Allergie noch einer konstitutionellen Veranlagung, einer angeborenen Allergie. Wir wissen heute, sagt Königer, daß unendlich viele chemische und physikalische Mittel imstande sind, im lebenden Organismus unspezifische reaktive Vorgänge auszulösen, zu fördern oder zu hemmen. Solche unspezifische Vorgänge sind beispielsweise gesteigerte Sekretion und Exkretion, Vorgänge am retikulo-endothelialen System, über dessen feineren Chemimismus wir übrigens so gut wie nichts wissen, wie am vegetativen System. Diese Reaktionen scheinen mir bei der Ätiologie der rheumatischen Erkrankungen und der Erkältungskrankheiten überhaupt eine erhebliche Rolle zu spielen. Nach Leichtentritt ergeben sich, durch eigene neuartige Resultate gestützt, interessante Fragestellungen bei Betrachtungen des Makroorganismus mit seinen divergenten Reaktionen als bakteriologischen Nährboden. Vielleicht, so sagt er, wird uns diese Nährbodenänderung auch ein Verständnis für das Entstehen des akuten Muskelrheumatismus bringen. Auf der durch Abkühlung oder Überanstrengung geschädigten Muskelfibrille z. B. werden sich eventuell Bakterien ansiedeln oder momentan eine toxische Wirkung entfalten können, wie sie beim normalen Muskel nicht möglich wäre. Aber auch das Wesen der Erkältungskrankheiten ist heute noch nicht restlos geklärt. Bürgers führt aus, daß auch nach lokaler Abkühlung nichtinfektiöse Prozesse symptomatisch, wie beispielsweise ein Schnupfen, entstehen können, wobei an eine Mitbeteiligung des vegetativen Nervensystems zu denken ist. Des Interesses wegen möchte ich erwähnen, daß Bürgers in einer großen Versuchsreihe feststellte, daß bei Versuchspersonen Schnupfen auftrat, sowohl wenn ihnen filtriertes Nasensekret von Schnupfenkranken in die Nase versprengt, als auch wenn bei den Kontrollen nur sterile Kochsalzlösung zur Einträufelung verwandt wurde. Es handelt sich also um die Erzeugung eines „psychischen Schnupfens". Kohnstamm hat für die sogenannten Erkältungsreflexe eine besondere zu dem Atemzentrum in Beziehung stehende Erkältungsbahn nachgewiesen. Die größte Zahl von Rheumafällen umfaßt nach Zimmer das Jahrzehnt vom 25.–35. Lebensjahr, und unter den verschiedenen Berufen sind am meisten das Baugewerbe, die Landwirtschaft und Stein- und Erdarbeiter von Rheuma begriffen (AOK Nürnberg 1926). Hier scheinen ätiologisch von besonderer Bedeutung Witterungseinflüsse und großer Temperaturwechsel zu sein, auch sollen die bei einzelnen Berufen notwendigen Handgriffe ätiologisch wichtig sein (Arthropathien der Bergarbeiter). Bauer behauptet, daß Muskelrheuma im Kindesalter nicht auftrete. Über die rheumatische Infektion im Kindesalter äußert Leichtentritt: Um das Wesen des Rheumatismus zu bestimmen, muß man Begriffe wie Infektion, Konstitution, Erkältung und Abkühlung zur Definition heranziehen. Begriffe, die selbst Gleichungen mit fast nur Unbekannten darstellen. Die Myalgie oder der Muskelrheumatismus wird, ob zu Recht oder zu Unrecht, im Kindesalter fast nie diagnostiziert. Wir sehen zwar auch eine echte Lumbago oder einen echten Tortikollis als Folge einer Ab-

kühlung. Auch sonst äußern Kinder häufig Schmerzen in den Muskelapparaten. Aber es fehlt uns hier noch jede Grundlage, ob viszeromotorische bzw. viszerosensorische Reflexe in Betracht kommen, durch welche eine falsche Lokalisation der Schmerzen resultiert, oder ob die Muskulatur unter der Stoffwechselleistung des Wachstumsprozesses in einen gewissen Reizzustand versetzt wird, vgl. Karpopedalspasmen bei Tetanie. Im allgemeinen haben diese Affektionen im Kindesalter, von Neuralgien des Nervus occipitalis, Achillodynien, Kokkygodynien (Zappert), Metatarsalgien vielleicht abgesehen, eine nur untergeordnete Bedeutung. Ischias ist z. B. im Kindesalter so gut wie unbekannt (Ibrahim). In der Klinik der Kinderheilkunde spielen die Myalgien bisher noch keine wesentliche Rolle (Eckstein).

Nach dieser kurzen, auszugsweise gegebenen Übersicht über die möglichen ätiologischen Faktoren wenden wir uns etwas schüchtern der Diagnostik zu. Bauer unterscheidet vom Standpunkte des pathologischen Geschehens drei Formen von Rheuma: 1. die entzündlichen, 2. die degenerativen, 3. die zur Zeit anatomisch nicht faßbaren. Nun bestehen nach Bauer schon auf dem Gebiet der entzündlichen Gelenkerkrankungen in der Auffassung maßgebender Forscher die größten Gegensätze. Thalalajew beziffert den Prozentsatz der Fälle von akutem Rheumatismus ohne Polyarthritis mit nicht weniger als 40%, während Schottmüller von ganz seltenen Fällen spricht. Für den akuten Gelenkrheumatismus glaubt Birkhaug, ein amerikanischer Forscher, als Erreger den nach ihm benannten Birkhaugschen Streptokokkus gefunden zu haben. Sein Landsmann T. Clarke sieht in dem gewöhnlichen Rattenfloh den Urheber des akuten Gelenkrheumas. Die geographische Verbreitung des Flohs soll mit der Verbreitung des akuten Gelenkrheumas übereinstimmen; so gibt es nach C. weder den Floh noch die Krankheit in den Tropen. Bei der 3. Form, der zur Zeit anatomisch nicht faßbaren, ist naturgemäß viel Positives nicht anzuführen. Es soll bei Rheumatismus allgemein eine wesentliche Beschleunigung der Blutkörperchensenkungsreaktion beobachtet worden sein. Sie ist aber für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose erst zu verwenden, wenn sich intern kein Anhaltspunkt für eine Tuberkulose oder eine andere senkungsbeschleunigende Affektion finden läßt. Bauer schreibt: Die klinischen Unterschiede zwischen Myalgie und Neuralgie – vor allem die Abhängigkeit des Schmerzes im ersteren Falle von der Bewegung, sein krisenhaftes Einsetzen im zweiten – wären von geringerer Bedeutung als die Feststellung einer Eosinophilie des Blutes, die zum Unterschiede von der Neuralgie nur dem akuten Muskelrheumatismus zukommt (Bittorf, Synwoldt, Stäckert).

Diese Eosinophilie der akuten Myalgie mit der Lympho- und Monozythose der chronischen Formen wurde gegen die Neuralgie als Ausdruck zerfallenden Muskeleiweißes gedeutet, sie ließe sich vielleicht auch im Sinne eines allergischen Prozesses nach Quinke als Transsudation in das Muskelgewebe in Analogie zur Urtikaria und anderen Prozessen auffassen. Aber dafür fehlen genügende Unterlagen. Ob die Harnsäurebestimmung eine sichere Diagnose gestattet, wage ich nicht zu entscheiden. Gehlen und Otto meinen annehmen zu können, daß Bronchialerkrankungen, insbesondere Asthma und Rheumatismus ätiologisch und allergisch manche Berührungspunkte besitzen, welche stark vermuten lassen, daß sie ihre Entstehung einer toxischen Beeinflussung durch Schimmelpilze verdanken. Gudzent und Teitge stellten zwar auch eine Überempfindlichkeit gegen ein Gemisch von Schimmelpilzextrakten bei einer Reihe von Rheumatikern fest, fanden aber auch eine Überempfindlichkeit in fast gleich großer Zahl gegen Bakteriengemische. Vermutungen über Vermutungen. So ist es verständlich, wenn Ernst und Broichmann unter 1200 nachuntersuchten Fällen

866 richtige, 264 falsche und 70 unvollständige Diagnosen verzeichnen. Nicht vergessen möchte ich, auf die ärztliche diagnostische und Heilmassage von R. Müller, M.-Gladbach, hinzuweisen. Diese Methode soll es dem Arzte ermöglichen, unabhängig vom Kranken, rein objektiv, den rheumatischen Tastbefund festzustellen und nach diesem Befunde seine Arbeitsfähigkeit zu beurteilen; sie ist sicher beachtenswert, aber nur beim Befunde des Hartspanns oder ähnlicher Erscheinungen zu verwerten. Schon F. A. Hoffman hat betont, daß Kontraktionszustände der Muskeln irreführen können, und Lennartz schreibt, er selbst habe keine einwandfreie Beobachtungen von schwieligen Verdickungen machen können. Dagegen glaube ich doch in einzelnen Fällen solche Muskelschwielen gefühlt zu haben[1]). Wieweit bei der Massage dieser Schwielen und bei der physikalischen Therapie überhaupt psychische Faktoren beteiligt sind, muß einer späteren Untersuchung vorbehalten bleiben.

Ähnliche Mängel bezüglich der Ätiologie und Diagnostik wie bei dem Muskelrheuma bestehen auch bei Lumbago und Tortikollis. Erben nimmt als Ursache eine Affektion der Wirbelgelenke an, er hat knotenförmige Verdickungen am Rande des Darmbeinkamms und röntgenologisch bereits 1911 Veränderungen der Kreuzdarmbeinfuge angegeben. Goldscheider berichtet von der Lumbago: Die echte Lumbago ist eine Myoneuralgie der Lendenmuskulatur mit reflektorischer Steifigkeit der Muskeln. Eine Myalgie ist eine Überempfindlichkeit, der die verschiedensten Bedingungen zugrunde liegen können: Erkältung, Infektion, Intoxikation, Stoffwechselstörungen, Traumen, psychische Erregungen usw., wobei jede Schädigung eine Überempfindlichkeit gegenüber den anderen Schädigungen hinterläßt. Hier füge ich ein: eventuell auf dem Umwege über das vegetative Nervensystem. So kenne ich einen Fall, der einen wahren Sammeltopf von Äußerungen unbekannter Agentien darstellt. An ihm habe ich abwechselnd Rheuma, Asthma, Heufieber, Migräne, Urtikaria, Ekzem bei allgemeiner nervöser Erregbarkeit beobachtet. Goldscheider fährt fort: Auch an Plattfuß, Krampfadern, Krampfaderbruch, Prostatahypertrophie ist zu denken. Nierensteine, Nephritis, Gallenblasenentzündung, Leberschwellung, Tumoren, Wirbel- und Wirbelgelenkerkrankungen verschiedener Art, peritonitische, perigastrische, enterale Verwachsungen, mannigfache weibliche Sexualerkrankungen, Pleuritis, Hernien rufen Beschwerden, die mit echter Lumbago verwechselt werden können. Bei hartnäckigen Fällen mit unklarer Diagnose versäume man nicht die Wirbelsäule mit Röntgenstrahlen zu untersuchen. Der Schmerz bei Rumpfbeugen und Aufrichten, bekanntlich der Bewegung, die bei Lumbago am meisten von Schmerz begleitet und durch Schmerz gehemmt ist, tritt so plötzlich in einer bestimmten Gelenkstellung ein, daß die Beteiligung der Lendenwirbelgelenke wahrscheinlich erscheint, jedoch nicht notwendig im Sinne einer primären Arthritis. Wenn ich noch hinzufüge, bei den konstitutionellen Fragen vergesse man nicht an die Heredität mit Organminderwertigkeit, an vagospastische Vorgänge, Vasalgien, den Blutdruck bzw. Hochdruck, Sensibilisierungserscheinungen, die Möglichkeit der Verminderung der Bakteriolysine, Alexine, Opsonine im Blut, an die Herabsetzung der Phagozytose usw. zu denken, so scheint mir der Geist der Medizin, wenigstens bei Lumbago, doch gar nicht so leicht zu fassen zu sein.

Nun setzt eine rationelle Therapie eine möglichst exakte Diagnose voraus. Wie aus dem Obigen hervorgeht, ist diese aber in vielen Fällen so gut wie unmöglich; es fehlt bei Muskelrheuma und den diesem ähnlichen Erkrankungen meistens an ob-

---

[1]) Vgl. positive Berichte von Edinger, Auerbach, Cornelius, Goldscheider (d. Red.).

jektiven Symptomen, ich erinnere an die zur Zeit nicht anatomisch faßbaren Formen Bauers.

Diese Unsicherheit in der Diagnostik muß auf alle Beteiligten, Kranke, Versicherungsträger und Ärzte wirken. Läßt sich im Hinblick hierauf, um ein Beispiel herauszugreifen, folgendes vereinen: Fachärzte für Rheuma, die auch ärztlicherseits gefordert werden, verlangen vor allem eine gründliche Frühbehandlung der Rheumafälle in geeigneten Krankenhäusern auf Kosten der Krankenkassen – es müsse dieserhalb auf die Krankenkassenverbände eingewirkt werden. Nun weiß jeder Arzt, wie selten gerade im Beginn der rheumatischen Erkrankung objektiv nachweisbare Merkmale zu finden sind. Was soll geschehen, wenn z. B. in Düsseldorf der Kassenarzt laut Vertrag Arbeitsunfähigkeit nur bescheinigen darf, wenn sie objektiv, nicht nur nach subjektiver Ansicht des Kassenmitgliedes besteht, was in vielen Fällen, besonders für den beschäftigten Praktiker, eine unlösbare Aufgabe darstellt; ferner, wenn sie zur Berechtigung des Krankengeldbezuges durch Krankheit (sic!), und zwar objektiv nachweisbare Krankheit, dem Sinne der Bestimmung gemäß, hervorgerufen sein muß.

Diese Mängel sind meines Erachtens nur zu beseitigen, wenn dem Arzt und auch dem Kassenarzt die notwendige Individualisierung in der Behandlung seiner Kranken ermöglicht wird. Ich stimme Zimmer und Fischer zu, wenn sie sagen, daß für uns Ärzte viel weniger eine bestimmte Krankheitsbezeichnung erforderlich ist, als das Verstehen für das Krankheitsgeschehen, für die Pathogenese in jedem einzelnen Fall, aus der allein sich ein Urteil über die richtige Behandlung und den voraussichtlichen Krankheitsverlauf bilden läßt. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Familien und Wohnungsverhältnisse. Sozialmedizin muß Individualmedizin zur Voraussetzung haben (Leichtentritt).

Bauer, Ernst und Broichmann u. a. betonen, daß jeder Rheumafall seine individuelle Ätiologie habe. Wegen der Wichtigkeit erlaube ich mir zu wiederholen, daß je nach der Konstitution auf irgend eine Schädlichkeit eine Reaktion eintritt, die bald am Muskel, bald am Nervensystem oder an den Gelenken rheumatoide Erscheinungen hervorrufen kann. Schon früher hat Sticker, der beim Rheuma über eine babylonische Sprachverwirrung klagt, in Anlehnung an die französische Einteilung von Trousseau und Charcot die pathologischen Merkmale von kälteempfindlichen Personen in Lymphatismus, Arthritismus und Neuropathie festgelegt. Diese Einteilung ist nach Strasser als Rahmen unbedingt anzuerkennen, aber weitgehende Überlegungen werden nötig sein, um festzustellen, wie bei gleichen äußeren Einwirkungen, durch Kälte, fallweise, eben durch die jeweilige Disposition bedingte Formen der Erkrankungen auftreten. Auch Bauer äußert: Hier versagt unser Schema, und nur eine sorgfältige Analyse des Einzelfalles wird ein volles Verständnis für seinen pathogenetischen Mechanismus ermöglichen. Wie wichtig ist dieses für die Praxis, unter anderem für die Begutachtung der „Rheumatiker" in Rentenangelegenheiten.

Wegen der Unsicherheit, die aus den oben geschilderten Gedankengängen hervorgeht, habe ich im Verlauf der letzten Jahre, seit 1926, die psychischen und funktionellen Störungen, mit denen vielleicht materielle Veränderungen, die wir noch nicht nachweisen können, vereint sind, bei der Behandlung rheumatoider Erscheinungen, insbesondere bei der Myalgia lumbalis und cervicalis, bei Lumbago und Tortikollis, in den Vordergrund gerückt und systema-

tisch, zu beeinflussen versucht, wenn auch die Möglichkeit anderer ätiologischer Faktoren nicht bestritten werden soll. Ich sagte mir, daß bei diesen Krankheitsbildern, bei welchen in erheblichem Grade subjektive Faktoren, wie Gefühle, besonders Schmerzen, und Vorstellungen, wie Schrecken, Angst, Begehren u. a. mitzuwirken scheinen, eine diesen Erscheinungen gemäße Beeinflussung Aussicht auf Erfolg haben könne. Bezüglich der Arthralgien fand ich später, 1930, eine Bestätigung bei Bauer, welcher schreibt: Idiopathische isolierte Arthralgien, insbesondere die mono- oder biartikulär auftretenden, erwecken immer den Verdacht einer psychisch bedingten oder wenigstens mitbedingten Erkrankung.

Bei seinen Polyalgien unterscheidet Bauer vaskuläre, endokrine, allergische und psychogene Formen. Curschmann-Rostock glaubt jedoch nicht, daß diese strenge Sonderung sich wirklich durchführen läßt. In der Mehrzahl meiner Fälle war der Zusammenhang bestimmter Vorstellungen und seelischer Erregungen mit körperlichen Symptomen offenbar, so daß man berechtigt ist, an die Möglichkeit einer Organneurose zu denken. Da aber jedes Organ nur als Teil eines Ganzen beurteilt werden kann, so liegt es nahe, eine Organwahl bei allgemeiner Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit des Nervensystems, insbesondere des autonomen Nervensystems anzunehmen. Mag man nun als Bezeichnung Allgemeinneurose, Neurasthenie, Psychasthenie, Hysterie oder Vago- und Sympathikotonie mit individuell und zeitlich wechselnder Reizschwelle wählen (funktionelle Minderwertigkeit? [Strauß]). In anderem Zusammenhang sagt Veil: In nicht einem einzigen Falle von Myalgie ist es mir gelungen, mich von deren primären Charakter zu überzeugen. Wenn wir auch noch nicht die Wirkung seelischer Einflüsse an jedem einzelnen Organ differenzieren können, so ist die Forschung doch, z. B. mit Bezug auf den Magen-Darmkanal (muskulär-sekretorisches Verhalten [Heyer]) erheblich fortgeschritten (Hansen zit. nach Alkan). Soweit das kardio-vaskuläre System in Frage kommt, nimmt O. Müller speziell eine vaso-neurotische Konstitution an. Bei der Berücksichtigung zentraler Faktoren darf die enge Nachbarschaft aller lebenslenkenden Zentren im Hirnstamm nicht übersehen werden (Sarason). Löwi und seinen Mitarbeitern verdanken wir die wichtige Beobachtung, daß die Erregung des Vagus und Sympathikus zur Bildung ganz spezifischer Substanzen im Erfolgsorgan führt (Mühlbock). Man hat diese Substanzen Vagus- und Sympathikushormone genannt. Nun ist allgemein bekannt, wie schwer oder unmöglich es oft ist, die Verknüpfungen zwischen organischen und funktionellen Störungen zu lösen, weil die Übergänge oft fließend, manchmal reversibel sind, und weil andererseits sicher feststellbare krankhafte organische Veränderungen, z. B. Röntgenbefunde ohne subjektive Beschwerden verlaufen können.

Über diese Frage schreibt Alkan: Jedes Krankheitsbild ist zusammengesetzt: 1. aus einer psychisch-funktionellen Komponente, die wir als solche bei pathologisch-anatomischer Einstellung nicht registrieren können, und 2. aus anatomisch faßbaren Veränderungen, die für gewöhnlich keinen Rückschluß auf einen psychogenen Vorgang als Ursache zulassen. Bald überwiegt der eine, bald der andere Einschlag, aber völlig fehlt keiner von beiden. Die somatische Organveränderung und auch ganz anders geartete Vorgänge werden aber durch die psychisch-funktionelle Komponente nicht nur lediglich beeinflußt, retuschiert, sondern sie sind in vielen Fällen das einzig faßbare, bleibende Endergebnis der psychogenen funktionellen Vorgänge. Auf den Zusammenhang zwischen Nase und Genitale sei nur hingewiesen. Als Beispiel möchte ich hier die luftkissenartige Schwellung der Schleimhaut der Nasenmuscheln einfügen. Diese bleibende anatomische Veränderung wird nach Alkan durch die häufige Erweiterung der venösen Hohlräume infolge psychischer Erregungen bedingt.

Ein zweites Beispiel:

Kind L. Das 9jährige Mädchen L. aus Rath wird mir von seiner Mutter zugeführt, weil es die höhere Schule in Düsseldorf besuchen soll, aber nicht imstande ist, die Straßen oder Eisenbahn zu benutzen. Sobald das Kind in der fahrenden Bahn ist, tritt Übelkeit und unstillbares Erbrechen auf. Alle Versuche zur Beseitigung dieses Übels waren ohne Erfolg.

Die Untersuchung des Kindes ergibt nichts Krankhaftes. Weder der Augen- noch der Ohrenspezialist können eine organische Störung finden.

Suggestive Beeinflussung neben Kalzandarreichung führt nicht weiter.

Darauf gab ich dem Kinde 6 Vasanotabletten, die mir als Muster zugeschickt worden waren, mit der Verordnung, 2mal täglich eine halbe Tablette zu nehmen. Vasano hat sich als Mittel gegen Seekrankheit bewährt. Es enthält Hyoscyamin und Skopolamin und wirkt gleichzeitig auf das Zentralnervensystem und lähmend auf den Vagus.

Nach einigen Tagen erschien die Mutter strahlend mit dem Kinde und sagte mir, daß alle Störungen geschwunden seien, daß das Kind kein Erbrechen mehr gehabt habe und jetzt täglich vergnügt nach Düsseldorf fahre. Der Erfolg hat angehalten.

Auch die quergestreifte willkürliche Muskulatur ist nach Frank (zit. nach Alkan) neben der bewußt motorischen Funktion hinsichtlich des Tonus mit dem vegetativen Nervensystem verbunden. Der Parasympathikus wirkt tonussteigernd, der Sympathikus tonusherabsetzend. Der parasympathische Teil hat sein Zentrum im Linsenkern. Daneben besteht nach Kure u. a. (zit. nach Alkan) noch eine autonom den Tonus beherrschende Innervation.

Auf diesen vegetativen Reflexbogen zum Muskel wirkt die Psyche in ihrer Normallage und in ihren Schwankungen. Die Art der Mittellage, aber auch die Art der Kontraktion der willkürlichen Muskulatur, ihr Tonus, charakterisiert den Menschen. Sie gibt einen funktionellen peripheren Ausdruck für

seine Gemütseinstellung. Wege zur Deutung von Temperament (Physiognomik) und Charakter (Graphologie) eröffnen sich da. Es läßt sich nicht leugnen, daß Schmerzkrisen durch psychische Emotionen (Kausalgie der Franzosen) hervorgerufen, und daß umgekehrt heftige Schmerzen infolge seelischer Einwirkungen aufgehoben werden können. Ich erinnere an das Unbemerktbleiben starker Verwundungen im Kriege. Die Erfolge bei der periarteriellen Sympathektomie sprechen für die Beteiligung des Sympathikus.

Die Fülle der möglichen Komplikationen wird noch größer, wenn man bedenkt, daß der Begriff der Neurose auch in fachärztlichen Kreisen umstritten ist. So stellt Mörchen in einem Aufsatz über die Verwirrung des Neurosebegriffs die Behauptung auf: Hysterie ist keine Krankheit.

Wenn bei einer so großen Zahl von unübersehbaren Möglichkeiten oft eine rein kausale Therapie unmöglich erscheint, so mag es tröstlich sein, daß in einzelnen Fällen, wie z. B. auch bei Schlafstörungen, durch Wegräumung der den Weg zur Heilung versperrenden Hindernisse (Sarason), eine symptomatische bzw. bedingungsgemäße Behandlung als kausal wirksam angesehen werden kann. Es gilt, die nervösen und die psychischen Bedingungen zu erkennen und demgemäß die Kranken zu behandeln. Das konditionelle Denken hat in der letzten Zeit an vielen Stellen das kausale Denken in der Medizin ersetzt (Strauß). Blitzartig kann eine Heilung erfolgen, wenn dem Patienten die Ursache oder besser die Ursachenkonstellation (Sarason) seiner Störung klar bewußt wird, oder wenn durch Ablenkung und Ableitung die subjektiven Symptome und eventuell damit zusammenhängende objektive Zeichen, z. B. Muskelspannungen oder Hypertonien, zum Schwinden gebracht werden können. Lennartz schrieb schon 1903: Gerade die Bewegungen müssen methodisch geübt werden, vor denen sich der Patient am meisten fürchtet. Grundsätzlich sollte bei den Myalgien, im Gegensatz zu den Neuralgien (Krebs), die Hinlenkung oder gar die Fixierung, wie sie z. B. Feilchenfeld empfohlen hat, vermieden werden. Der Eigenartigkeit wegen führe ich an, daß sich Erben (Wien) „als wirksamstes Verfahren gegen Lumbago eine 8–14tägige Bettruhe unter gleichzeitiger Anwendung von lokaler Wärme, zusammen mit Hautreizen, erwies". Im Gegensatz dazu sagt Knoblank: Ein Hexenschuß pflegt innerhalb weniger Tage abzuklingen, eine sorgfältige Behandlung dieser Störung scheint daher praktisch unwichtig.

Solche „Wunderheilungen" kann oder könnte jeder Arzt erzielen, wenn er nicht nur rein organtherapeutisch, sondern in geeigneten Fällen auch bewußt psychotherapeutisch einwirken wollte. Und der kritisch denkende Arzt scheint mir hierzu nicht nur berufen, sondern vielmehr verpflichtet zu sein, insbesondere darum verpflichtet, weil er durch fach- und sachgemäße Behandlung kranke Menschen vor der Ausbeutung durch Kurpfuscher bewahren könnte.

Diese Betrachtungen haben außer dem theoretischen Interesse, das ich im Rahmen dieser Arbeit natürlich nicht erschöpfend behandeln kann, man denke nur an die möglicherweise psychisch bedingten Funktionsänderungen durch die glatte Muskulatur der Gefäße in fast allen Organen, eine große praktische Bedeutung.

Wenn es möglich wird, die Krankheitsdauer abzukürzen und dem Wiederauftreten funktioneller bzw. psychogener Störungen, einer besonderen Form der Krankheitsbereitschaft, vorzubeugen, so werden nicht nur Ausgaben an Geld gespart, sondern es wird auch eine wichtige erzieherische Aufgabe erfüllt.

Der psychische Anteil in der Wirkung bei der unendlich großen Zahl der Heilmittel gegen Rheuma muß einer besonderen Arbeit vorbehalten bleiben. In dieser könnte dann gleichzeitig versucht werden, einen Literaturüberblick über die psychische Komponente in der Therapie, insbesondere der physikalischen, der rheumatoiden Erscheinungen, von Lumbago und Tortikollis, zu geben.

Methodik

Im allgemeinen und nach Möglichkeit wurden die Patienten von mir nach der unwissentlichen Methode der Psychologie behandelt, d. h. ich vermied jede Erklärung, um sonstige psychische Einflüsse auszuschalten. Diese waren jedoch nur am Anfang vollständig auszuschließen, da später meine Behandlungsmethode insbesondere denen, die von Geheilten mir zugeschickt worden waren, bekannt geworden war.

Natürlich redete ich Ängstlichen und Erregten beruhigend zu und erklärte ihnen auf Befragen, daß ich bestimmt hoffe, ihnen sofort helfen zu können. Grundsätzlich habe ich versucht und in den meisten Fällen auch erreicht, daß die Patienten in die Sprechstunde kamen. Sehr oft lauteten die Bestellungen: mein Mann kann nicht kommen, er hat sich verhoben, liegt zu Bett und kann nicht gehen. Ich verwies dann auf meine besondere Behandlungsart, die nur in meinem Sprechzimmer ausgeführt werden könne. Die meisten Patienten erschienen auch, zum Teil gestützt auf einen Angehörigen, manche an Stöcken, einige schimpfend, alle mit Klagen über große Schmerzen. Das Erscheinen bedeutet natürlich schon einen großen Gewinn für die psychische Beeinflussung. Nach gründlicher Untersuchung, die, soweit als möglich, eine isolierte Lumbago oder Tortikollis sicherstellte, schritt ich zur Anästhesierung der Schleimhaut der Nase.

Diese Behandlung stützt sich vornehmlich auf die Arbeit von W. Fließ: Nasale Fernleiden. Es ist klar, daß auch hier sich kein scharfer Strich zwischen psychischer und sonstiger Wirkung ziehen läßt.

Die Ursache der nasalen Fernerscheinungen beruhen nach F. zunächst auf der Feststellung Gegenbauers, daß der Grundplan unseres gesamten Körpers eine segmentäre Anordnung aufweist.

Head hat klinisch einen segmentären Typus eigentümlicher Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viszeralerkrankungen entdeckt und ausführlich beschrieben. Diese hyperalgischen Zonen Heads sind den Rückenmarkssegmenten zugeordnet, und zwar jedem Segment eine bestimmte Zone. Die Schmerzmaxima befinden sich an der Spitze des Schulterblattes, in der Mitte zwischen den Schulterblättern, am Schwertfortsatz des Brustbeins, in der Gegend der Nieren, neben dem Kreuzbein und in dem Hypogastrium, nach Fließ also da, wo die kardinalen Schmerzstellen für die nasalen Fernwirkungen zu suchen sind.

Durch klinische Prüfung und das Experiment hat Fließ zu zeigen vermocht, daß die Headschen Zonen mit der Nase in Zusammenhang stehen, und noch mehr: vermag man von der Nase her durch den Kokainversuch einen Fernschmerz aufzuheben, so löscht man gleichzeitig auch die dazugehörige Headsche Zone in ihrer ganzen Ausdehnung aus.

Daraus zieht Fließ den Schluß, daß die Rückenmarkssegmente selbst in der Nase repräsentiert sind. Die Symptome, die auf die Nase als Ort ihrer Entstehung hindeuten, das Symptomenbild hat er als nasale Reflexneurose beschrieben, umfassen 3 Gruppen: 1. Kopfsymptome, 2. Organstörungen, 3. neuralgische Beschwerden. Auf alle interessanten Zusammenhänge, welche z. B. auch die Genese und Therapie des Herpes zoster berühren, kann ich hier nicht eingehen. Auf die gegnerischen Einwendungen hat F. in seinen Schriften, auf die ich verweise, geantwortet.

Ich habe seine Angaben benutzt und die Nasenschleimhaut, insbesondere die unteren Muscheln und die Tubercula septi, durch etwa 5 Tropfen einer 10 %igen Kokainlösung – man kann auch andere Mittel benutzen – mittels eines kleinen Wattebausches anästhetisch gemacht. Die Lösung gelangt dabei nur zum Teil zur Wirkung. 10 Tropfen enthalten etwa 0,05, die Maximaldosis. Kokain und seine Derivate wirken elektiv auf die peripheren sensiblen Apparate, sie lähmen nicht nur die schmerzempfindenden Nervenendigungen, sondern auch die Endigungen der Tast-, Geschmacks- und Geruchsnerven. Die Wirkung ist so stark, daß 0,005 % in physiologischer Kochsalzlösung, 1 : 20000, nach Braun und Hinze das Schmerzgefühl für längere Zeit aufheben. Die Dauer der Anästhesie beträgt nach Braun bei 0,1 %iger Lösung schon 15 Minuten, bei 1 %iger Lösung 25 Minuten. Irgend welche schädliche Wirkungen der Kokainlösung habe ich nicht beobachtet. (Für die spezifische Wirkung des Kokains spricht, daß bei Anwendung von Aqua dest. ein Erfolg ausblieb. Gegen die zentrale Wirkung des Kokains

ist zu sagen, daß auch Pinselung mit Perkain, mit Trichloressigsäure und Ätzung durch Elektrolyse erfolgreich waren.) Wertheimer benutzt den Thermokauter, der in situ leicht angewärmt wird.

Die Erfolge der Behandlung mögen nun die Krankengeschichten zeigen. Natürlich sind Mißerfolge nicht ausgeblieben. Von ihnen habe ich am meisten gelernt.

Hauptteil: Ich verfüge zur Zeit über 100 Krankheitsbilder von Lumbago und Tortikollis.

Die Fälle sind chronologisch geordnet, ihre Zusammenstellung umfaßt:

I. Gruppe Lumbago.

1. a) Männer:
   - 60, die sofort geheilt wurden.
     - 51 Arbeiter, und zwar: 40 Fabrikarbeiter, 5 Maurer, 2 Kesselschmiede, 1 Gärtner, 2 Schlosser, 1 Brauer;
     - 8 Angestellte, darunter 1 Kraftfahrer;
     - 1 selbständiger Kaufmann, der einzige Privatpatient.

   b) 10, die nicht sofort geheilt wurden.
     - 7 Fabrikarbeiter, 1 Maurer, 1 Bauarbeiter, 1 Kesselschmied.

2. a) Frauen:
   - 15, die sofort geheilt wurden.
     - 7 Arbeiterinnen, 6 Beamten- bzw. Angestelltenfrauen, 1 Hausfrau, 1 selbständige Lehrerin, die einzige Privatpatientin.

   b) 2, die nicht sofort geheilt wurden.
     - 1 Arbeiterin, 1 Angestelltenfrau.

II. Gruppe Tortikollis.

1. a) Männer:
   - 7, die sofort geheilt wurden.
     - 5 Arbeiter, 2 kaufmännische Angestellte.

2. a) Frauen:
   - 6, die sofort geheilt wurden.
     - 2 Arbeiterfrauen, 1 Hausangestellte, 2 Beamtenfrauen, 1 Büglerin.

Der Zeit nach verteilen sich die Fälle folgendermaßen:

1. a)	1926	2. Halbjahr	8 Fälle = 8			= 8
	1927	1. „	11 „	2. Halbjahr	12 Frauen	= 23
	1928	1. „	10 „	2. „	4 „	= 14
	1929	1. „	4 „	2. „	5 „	= 9
	1930	1. Vierteljahr	6 „			= 6
						60

Aus der Unregelmäßigkeit dieser Zahlen möchte ich keine Schlüsse ziehen. Bei der Übersicht nach Monaten zeigen sich keine Regelmäßigkeiten.

Nach dem Lebensalter geordnet finden sich

im 2. Jahrzehnt	7 Fälle
„ 3. „	18 „
„ 4. „	7 „

im 5. Jahrzehnt	15 Fälle
„ 6. „	9 „
„ 7. „	5 „
„ 8. „	1 Fall.

Wegen der geringen Zahl der Fälle scheint mir auch hier kein sicherer Schluß erlaubt; erinnern möchte ich, daß Zimmer die größte Zahl der Rheumafälle im Jahrzehnt von 25–35 Jahren anführt.

Bezüglich der Typen, deren wichtigste Abarten nach Kretschmer Leptosome und Pykniker, nach Stiller Asthenische und Plethorische sind, weitere will ich nicht erwähnen, neigte die Mehrzahl unter meinen Fällen zu den Leptosomen bzw. den Asthenischen.

In den Vorgeschichten finden sich nebeneinander: erstmaliges und wiederholtes Auftreten, vereinzelt organische Störungen wie Nierenleiden, Tuberkulose, häufig subjektive Beschwerden mit Angaben wie:

Ich habe mich verhoben, die Schmerzen traten auf beim Bücken oder beim Aufrichten aus gebückter Stellung, beim Drehen, beim Zuschlagen, beim Heben einer Last, beim Husten oder Niesen, beim Schaufeln, insbesondere bei Gartenarbeit, oder ich glaubte eine Zerrung zu haben, ich fürchtete lungenkrank zu sein, mein Vater hat gesagt, es sei Rheuma und ähnliches, also Gefühle, Vorstellungen, Autosuggestionen, Beeinflussung durch andere usw.

Es ist im Rahmen dieses Vortrages nicht möglich, alle Krankengeschichten vorzutragen, es ist aber auch nicht nötig, denn fast jeder Fall stellt einen Typ seiner Gruppe dar.

Darum will ich nun zunächst aus der I. Gruppe der geheilten Fälle von Lumbago 2 Normalbilder schildern und dann an einigen weiteren interessierende Besonderheiten aufzuzeigen versuchen.

Fall 1: 29. VII. 1926. W. Bl., 31 J., Feuerwehrmann. Typ. pyknikus.

Vorgeschichte. Am 24. VII. verspürte Patient beim Stiefelanziehen plötzlich einen Ruck im Rücken, so daß er sich nicht mehr aufrichten konnte. Unter großen Schmerzen hat er sich zu Bett legen müssen und keinen Dienst getan. Nach heißen Umschlägen haben die Schmerzen allmählich nachgelassen. Am 29. VII. fühlte er wieder beim Bücken einen so heftigen Schmerz im Rücken, daß er sich nicht mehr helfen konnte. Seine Frau mußte ihn waschen und ankleiden.

Befund. Kräftiger, etwas fetter Mann erscheint am Arm seiner Frau und auf einen Stock gestützt, mit schmerzhaftem Gesichtsausdruck, in nach vorn gebeugter Haltung. Objektiv ist nichts Krankhaftes festzustellen. Das Septum nasi ist etwas nach rechts verbogen.

Behandlung. Nasenpinselung, siehe oben.

Erfolg. Der Pat. kann sich sofort wieder bücken und fühlt sich frei. Ich lasse ihn kleine rhythmische Übungen machen und empfehle ihm diese täglich fortzusetzen. Er geht von mir aus zum Dienst und hat bis jetzt (1930) keinen Hexenschuß mehr gehabt.

Fall 2 (47): 14. VI. 1929. K. O., 26 J., Arbeiter. Typ. leptosom.

Vorgeschichte. Der Pat. erzählt: Ich habe mich heute morgen gegen 8 Uhr verhoben, ein Zylinder rutschte ab. Da knackste es im Rücken, ich konnte mich im Moment nicht mehr bewegen. Er klagt über kolossale Schmerzen, stützt die r. Hand gegen die Kreuzbeingegend und kann sich nicht bücken.

Befund. Der Pat. steht in leicht nach vor gebeugter Stellung, die unteren Rückenmuskeln sind gespannt. Beim Versuch ihn passiv aufzurichten, schreit er laut auf. Objektiv ergibt sich nichts Krankhaftes.

Behandlung. Nasenpinselung. Der Pat. kann sich sofort wieder bücken, die Schmerzen sind verschwunden. Er will sofort zur Arbeit zurückkehren. Er geht ohne Behinderung fort, und ich beobachte, daß er draußen flott über die Straße schreitet.

Von mehreren Fällen mit Angstvorstellungen möchte ich folgenden als Beispiel anführen.

Fall 3 (11): 22. II. 27. F. Sch., 21 J., Bureaubeamter. Typ. normal.

Vorgeschichte. Der Pat. spürt seit 4 Tagen heftige Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die zuerst bei einer plötzlichen Drehbewegung aufgetreten sind. Er hat jede Bewegung vermieden und fürchtet lungenkrank zu sein.

Befund. Kräftiger Mann mit ängstlichem Gesichtsausdruck. Es findet sich starke Druckempfindlichkeit zwischen den Schulterblättern. Die Sensibilität ist an derselben Stelle gesteigert. Es bestehen keine objektiv nachweisbaren Veränderungen, insbesondere nicht an den Lungen.

Behandlung. Nasenpinselung. Die Schmerzen, auch auf Druck, sind geschwunden. Alle Bewegungen sind frei. Der Pat. sagt spontan: ich bin erstaunt und will weiterarbeiten.

Die Wirkung suggestiver Einflüsse von außen zeigt folgender Fall.

Fall 4 (50): 20. IX. 1929. W. F., 20 J., Arbeiter. Typ. leptosom.

Vorgeschichte. Beim Heben eines Rohres traten bei dem Pat. plötzlich Schmerzen im Kreuz auf. Er konnte sich nicht mehr bücken und mußte die Arbeit aufgeben. Beugen des Kopfes schmerzt sehr, „nach hinten geht's überhaupt nicht". Der Vater hat gesagt: wenn's nur nicht an der Lunge ist.

Befund. Keine krankhaften objektiven Symptome, insbesondere die Lungen sind frei.

Behandlung. Nasenpinselung. Der Pat. äußert: die Schmerzen haben nachgelassen, ich kann mich wieder bücken. Habe ich denn auch nichts an der Lunge? Brauche ich nicht zu Bett zu liegen? Ich antwortete: nein, Sie können ruhig sein und weiterarbeiten. Pat.: also, ich brauche keine Angst zu haben wegen der Lunge? kann ich das auch meinem Vater sagen? Antwort: ja. Dann will ich weiterarbeiten.

30. IX. Der Pat. hat keine Schmerzen mehr verspürt und weitergearbeitet.

Autosuggestive Einwirkungen demonstriert die folgende Selbstdarstellung eines Pat., und zwar in positiver Richtung der Heilung.

Fall 5 (41): 25. VI. 1928. A. O., 46 J., Arbeiter. Typ. pyknikus.

Vorgeschichte. Vor 10 Jahren hatte der Pat. nach einem Fall Schmerzen in der l. Rückenhälfte, wie Hexenschuß, er feierte damals 4 Wochen krank. Später litt er noch einmal an einem Hexenschuß. Am 22. VI. verspürte er beim Heben eines Blocks plötzlich Schmerzen in der l. Hüftgegend und glaubte wieder einen Hexenschuß zu haben. Am 23. VI. hat er noch „halb und halb" weitergearbeitet, auf einmal konnte er sich nicht mehr bücken, er mußte sich anziehen lassen und zu Hause hinlegen.

Befund. 25. VI. Kräftiger Mann. Die l. unteren Rückenmuskeln sind im Vergleich mit der r. Seite etwas gespannt. Sonst ist nichts Krankhaftes festzustellen.

Behandlung. Nasenpinselung. Der Pat. kann sich sofort ohne Schmerzen bücken und fühlt sich so wohl, daß er sofort weiterarbeiten will.

Er erzählt dann folgendes: Einmal sei er den Hexenschuß auf folgende Weise losgeworden. Während er den Hexenschuß hatte, habe er versucht, eine festgeklemmte Schublade aufzuziehen, dabei habe er einen so heftigen Schmerz im Kreuz verspürt, daß er hingefallen sei. Er habe sich dann wieder aufgerichtet und zu seinem und seiner Frau Erstaunen bemerkt, daß die Schmerzen verschwunden waren.

Der nächste Fall ist dadurch bemerkenswert, daß ein Rezidiv auftrat, und daß versucht wurde, durch hypnotische Einwirkung eine organische Störung oder eventuell Einflüsse auf dem Wege des Willens auszuschalten.

Fall 6 (15): 29. III. 1927. F. H., 46 J., Arbeiter. Typ. normal.

Vorgeschichte. Der Pat. gibt an, im Dez. 26 Rückenschmerzen gehabt zu haben, ohne die Ursache zu kennen. Am 28. III. nachmittags gegen 4 Uhr verspürte er beim Heben eines Rohres plötzlich heftige Schmerzen im Kreuz, die zum Bauch hin ausstrahlten. Wegen der Schmerzen hat er die ganze Nacht nicht schlafen können, es ist ihm unmöglich sich zu bücken.

Befund. Objektiv ist nichts Krankhaftes festzustellen.

Behandlung. Nasenpinselung. Der Pat. kann sich sofort ohne Schmerzen bücken und die Schuhe zubinden.

30. III. Angeblich konnte der Kranke nicht weiterarbeiten, da sich die Schmerzen wieder einstellten. Er konnte jedoch auch nicht zu Bett liegen, er mußte aufstehen und im Zimmer hin und her gehen.

Auch die 2. Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung mit objektiven Zeichen. Urin neg. usw.

Behandlung. Nasenpinselung. Der Pat. äußert spontan: im Moment ist Linderung eingetreten. Er fühlt keine Schmerzen mehr und kann sich frei bewegen.

Zur Kontrolle versuchte ich in leichter Hypnose festzustellen, ob beim Hinlegen und Aufrichten Schmerzen verspürt bzw. angegeben würden. Ich sagte mir, daß voraussichtlich bei einer organischen Störung die Schmerzen nicht ausbleiben würden. Es wurde jedoch keine Steifigkeit oder Schmerzhaftigkeit bemerkt.

Da die Schmerzen verschwunden waren, wollte der Pat. weiterarbeiten.

Wie ich später erfuhr, sind die Schmerzen dauernd fortgeblieben.

Fall 7 zeigt deutlich, wie wichtig in der Ätiologie der subjektive Anteil sein kann, wie außer dem Gefühl von Angst oder ähnlichem Begehrungsvorstellungen mitwirken können, und außerdem wie vorsichtig man gegenüber den Angaben der Kranken sein muß.

Fall 7 (42): 22. IX. 1928. P. T., 22 J., Arbeiter. Typ. leptos.

Vorgeschichte. Beim Heben eines schweren Rohres spürte der Pat. plötzlich Schmerzen in der l. unteren Rückenseite, er glaubte einen Hexenschuß zu haben. Er vermochte nicht weiterzuarbeiten und legte sich zu Bett. Er konnte angeblich jedoch nicht schlafen, da die geringste Bewegung, besonders das Drehen sehr schmerzte. Auch beim Neigen des Kopfes und beim Versuch, sich zu bücken, fühlte er heftige Schmerzen. Ferner gibt er an, öfter Kopfschmerzen zu haben und leicht erregt zu sein.

Befund. Außer einer Druckempfindlichkeit 2 cm l. vom 1. Lendenwirbel ist objektiv nichts zu finden.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Pat. äußert: ich meine, es wäre nicht mehr so steif, vielleicht war es auch nur Angst; ich hatte Angst es wäre etwas zerrissen. Ich meinte, ich kriegte den Unfall bezahlt. Auf mein Nein hin sagte er: Wenn ich das gewußt hätte, wär ich gar nicht gegangen (er meinte zum Arzt). Auf meine Veranlassung hat er sofort die Arbeit wieder aufgenommen.

Am 4. X. erschien er wieder wegen Kopfschmerzen, er hat weitergearbeitet und keine Rückenschmerzen mehr gehabt.

Daß trotz chronischer organischer Störungen eine akute Lumbago mittels meiner Methode beseitigt werden kann, bezeugt

Fall 8: 16. XI. 1928. H. L., Beamter. Typ. normal.

Vorgeschichte. Der Pat. ist wegen doppelseitiger Lungentuberkulose und Lähmung des r. Plexus brachialis infolge Schußverletzung 100% kriegsbeschädigt.

1924 hat er einen Hexenschuß gehabt und hat deshalb 3 Wochen seine Bureautätigkeit aussetzen müssen. Am 13. XI. verspürte er bei einer Umdrehung des Körpers nach l. plötzlich heftige Schmerzen im Rücken oberhalb der Hüfte, er knickte ordentlich zusammen und hat zunächst versucht, weiterzuarbeiten. Es ging aber nicht, er mußte sich gebückt halten und fühlt beim Stehen und Gehen zuckende Schmerzen im Rücken.

Befund. Tuberkulose beider Lungen mit Kavernen. Kehlkopftuberkulose. Lähmung des r. Plexus brachialis (trägt Prothese). Druckschmerz unterhalb der l. 12. Rippe hinten. Urin ohne krankhaften Befund.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Kranke kann sich ohne Beschwerden hinsetzen und wieder aufstehen, er kann die Schuhe aus- und anziehen, was ihm zu Hause unmöglich war. Er steht gerade, und da er sich auch beim Gehen nicht mehr behindert fühlt, will er gleich weiterarbeiten.

Im folgenden Falle habe ich versucht, ohne Wissen des Pat. zunächst mit Aqua dest. einzuwirken. Nach dem Mißerfolg brachte die Pinselung mit der Kokainlösung Erfolg.

Fall 9 (55): A. K., 52 J., Heizer. Typ. normal.

Vorgeschichte. Seit 8 Tagen spürt der Pat. Rückenschmerzen, er glaubt infolge Durchzugs, während er schwitzte; vor einigen Tagen bemerkte er Schmerzen im l. Arm, die vorübergegangen sind. Am 2. I. 29 traten nach Schaufeln so starke Schmerzen im Kreuz auf, daß er sich nicht mehr bücken konnte. Die Schmerzen ziehen bis ins r. Bein hinunter.

Befund. Kräftiger, muskulöser Mann. Es besteht Druckempfindlichkeit des Kreuzbeins und der seitlichen Bauchgegend beiderseits. Objektiv ist nichts zu finden. Urin ist normal.

Behandlung. Nasenpinselung zunächst mit Aqua dest. Trotzdem gibt der Pat. an, dieselben Schmerzen zu spüren und sich nicht bücken zu können.

Darauf Pinselung mit Kokain.

Der Pat. äußert spontan: es geht besser, ich kann mich wieder bücken. Er kann seine Schuhe aus- und anziehen. Er fragt: kann ich radfahren? Auf meine bejahende Antwort meint er: Dann will ich auch arbeiten.

22. I. Er hat weitergearbeitet und keine Kreuzschmerzen mehr gehabt. Wohl hat er noch manchmal Ziehen in den Armen verspürt. Dagegen verordnete ich 3 Lichtbäder.

Um zu prüfen, ob die Wirkung der Pinselung mit Kokain spezifisch sei, machte ich noch den folgenden Versuch, mit welchem ich den 1. Teil, der die von Lumbago geheilten Männer umfaßt, abschließe.

Dem 16jähr. gesunden G. Sch. suggeriere ich in Hypnose, er werde sich beim Aufstehen aus liegender Stellung im Rücken ganz steif fühlen und sich nicht bücken können. Auf meine Aufforderung hin steht er auf und kann sich trotz wiederholten Befehls nicht bücken. Ich bitte ihn, ruhig weiterzuschlafen und sich hinzusetzen. Darauf pinsele ich die Nase des Jungen mit Aqua dest. Es erfolgt mehrmaliges Niesen. Auf meine Aufforderung aufzustehen und sich zu bücken, versagt er; er kann es nicht. Darauf pinsele ich mit Kokain und bitte ihn, sich zu bücken. Es geht jetzt ohne Beschwerden. Wenn auch etwas Mißtrauen gegenüber dem Verhalten der Versuchsperson angezeigt ist, so ist trotzdem der Erfolg bemerkenswert, da das Verfahren unwissentlich war.

Der nun folgenden Gruppe der trotz meiner methodischen Behandlung nicht geheilten Männern gehören 10 Fälle an. Allgemein, in bezug auf Alter usw. und insbesondere ätiologisch bieten sie gegenüber der I. Gruppe der Geheilten keine Unterschiede; auch bei ihnen waren die Schmerzen und Störungen nach ihrer Schilderung plötzlich beim Heben und ähnlichem aufgetreten; aber bei allen fanden sich objektiv nachweisbare Erkrankungen, die zur Erklärung des Mißerfolgs herangezogen werden können. 5mal boten sich Erscheinungen von Grippe dar, 1mal Gelenkrheuma, 2mal Hautaffektionen mit Drüsenschwellungen, 1mal Nierenreizung. Der letzte Fall war insofern kompliziert, daß ein Unfall vorausgegangen war und die Überweisung nach auswärts gewünscht wurde. Nur in diesem Falle konnte der Verdacht auf psychogene Miteinwirkung (Wunschneurose) aufkommen. Die Krankenkasse teilte mir mit, daß etwa 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, der behandelnde Arzt hat mir auf meine Bitte um Mitteilung über den Verlauf der Störung keine Antwort erteilt.

Zur Erläuterung seien 2 Fälle herausgegriffen:

Fall 1 (8): 15. X. 1928. H. H., 53 J., Former. Typus normal.

Vorgeschichte. Am 13. X. hat der Pat. ein schweres Stück Eisen gehoben, da hatte er auf einmal den „Knacks" weg, er konnte sich nicht mehr bücken und zuckte beim Husten zusammen. Außerdem klagt er über Kopfschmerzen.

Befund. Kräftiger Mann. Es besteht leichte Bronchitis und Druckempfindlichkeit des Kreuzbeins. Sonst nichts objektiv Nachweisbares, kein Fieber. Urin frei.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Pat. sagt spontan: es geht besser und will weiterarbeiten.

16. X. Er erscheint wieder, klagt über stärkere Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit und Kreuzschmerzen.

Es entwickelte sich ein Empyem der Kopfhöhlen, das röntgenologisch festgestellt wurde.

Fall 2 (2): 3. I. 1927. K. B., 19 J., Arbeiter. Typ. leptosom.

Vorgeschichte. Vor 8 Tagen verspürte Pat. beim Heben eines Rohres Schmerzen im Kreuz, er hat weitergearbeitet. Am 31. XII. wurden die Schmerzen stärker, „beim

Hinsetzen war es auf einmal vorbei". Am 1. I. 28 konnte er sich beim Aufstehen nicht mehr bewegen. Bücken war ihm unmöglich.

Befund. Es besteht Druckempfindlichkeit des Kreuzbeins und der seitlichen Rückenmuskeln. Objektiv ist nichts Krankhaftes nachweisbar.

Behandlung. Nasenpinselung.

Kein Erfolg. Darauf leichte Hypnose. Der Pat. liegt auf dem Untersuchungstisch. Auf das Kommando 3 soll er sich zweimal aufrichten und wieder hinlegen.

Er führt den Befehl aus, stützt sich jedoch linksseitig auf.

4. I. Der Pat. klagt wieder über Kreuzschmerzen und behauptet, sich nicht bücken zu können.

Es findet sich wiederum nichts objektiv Nachweisbares.

Behandlung. Nasenpinselung wieder ohne Erfolg.

Wieder leichte Hypnose. Suggestion: Das Aufrichten aus liegender Stellung wird nicht schmerzen. Trotzdem stützt sich der Pat. beim Aufrichten mit beiden Händen auf und äußert auf Befragen Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen. Auf den Befehl, einen Bleistift vom Boden aufzuheben, kniet er nieder und hebt ihn auf. Das Knien ist wohl als Zeichen anzusehen, daß direktes Bücken nicht möglich ist.

5. I. Es zeigt sich eine erhebliche Anschwellung beider Handgelenke, die sehr schmerzen. Auch die Kreuzschmerzen haben sich verstärkt.

Diagnose: Gelenkrheuma.

Entsprechende Behandlung. Antirheumatika. Bäder.

15. I. arbeitsfähig.

Abschnitt 2a. Wenn wir die alte Einteilung der seelischen Vorgänge in Denken, Fühlen und Wollen auf das weibliche Geschlecht beziehen, so darf man wohl auch heute noch behaupten, daß das Fühlen, wenn auch nicht mehr den größten, so doch einen relativ größeren Teil einnimmt als beim Manne. Dies beweisen auch meine 15 Lumbagofrauen, die ich durch die Methode der Nasenpinselung geheilt habe. Auch die bekannte Erfahrung, daß im Klimakterium die Affektivität und die Labilität des Nervensystems gesteigert ist, bestätigt sich hier. Dazu erinnere ich an die oben zitierte endokrine Form der Polyalgien Bauers. Auf eine umfassende Darstellung der Ätiologie der Kreuzschmerzen beim Weibe muß ich im Rahmen meiner Aufgabe verzichten. Hinweisen möchte ich jedoch darauf, daß erhebliche organische Veränderungen, z. B. Störungen in der Lage des Uterus oder Geschwülste bestehen können, ohne bei der Trägerin Schmerzen zu verursachen.

Dem Alter nach gliedern sich die Fälle folgendermaßen: 3. Jahrzehnt 2 Fälle, 4. Jahrz. 3, 5. Jahrz. 6, 6. Jahrz. 3 Fälle, 7. Jahrz. 1 Fall. Nur in 3 Fällen sind nach der Schilderung Vorstellungen und Gefühle in der Ätiologie auszuschließen.

Zunächst möchte ich von diesen ein Beispiel bringen:

Fall 1 (10): 4. III. 1927. Frau M., 35 J., Arbeiterfrau. Typus normal.

Vorgeschichte. Die Pat. hat einen schweren Waschkessel gehoben und verspürt seitdem heftige Schmerzen in der l. unteren Rückenhälfte. Sie konnte nicht einmal mehr einen leeren Eimer hochheben, sie kann sich nicht bücken.

Befund. Außer einer Empfindlichkeit auf Druck der Gegend über dem l. Darmbeinkamm ist nichts Besonderes festzustellen.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Schmerzen sind vollständig geschwunden. Die Pat. kann sich wieder bücken und in sitzender Stellung ohne Beschwerden ein Schlüsselbund von der Erde aufheben.

Von den übrigen Fällen will ich drei anführen:

Fall 2 (4): 11. X. 1926. Frau Z., 40 J., Arbeiterfrau. Typ. pyknikus.

Vorgeschichte. Frau Z. leidet seit längerer Zeit an starken Blutungen und soll deswegen zur Kürettage kommen. Ihr Mann erscheint und bittet mich, seine Frau zu besuchen. Sie läge zu Bett und könne sich nicht aufrichten. Sie habe einen Eimer Wasser gehoben und dabei so heftige Kreuzschmerzen verspürt, daß sie nicht mehr hoch konnte. Früher habe sie einmal eine Nierenkolik gehabt, es wären die gleichen Schmerzen gewesen.

Ich bat den Mann, mir den Urin zu bringen und wenn möglich seine Frau zu veranlassen, zu mir zu kommen, damit ich ihr helfen könne.

Befund. Die blaß aussehende Pat. erscheint auf den Arm ihres Mannes gestützt und klagt, daß sie kaum gehen könne, so weh täte ihr Kreuz.

Es läßt sich objektiv Krankhaftes nicht finden. Der Urin ist normal.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Pat. steht ohne Beschwerde auf und geht lachend fort, ohne den Arm ihres Mannes zu nehmen.

13. X. Es sind keine Schmerzen mehr aufgetreten. Die Kürettage verläuft glatt.

Fall 3 (3): 10. V. 1927. Frau S., 41 J., Beamtenfrau. Typ. normal.

Vorgeschichte. Am Morgen verspürte die Pat. bei einer Drehbewegung, während sie Wäsche fortlegte, plötzlich heftige Kreuzschmerzen. Sie mußte sich zu Bett legen und konnte sich nur unter den äußersten Schmerzen zur Seite drehen.

Befund. Bei meinem Besuch fand ich eine blaß aussehende Frau mit schmerzlichem Gesichtsausdruck. Es besteht Dermographismus und deutliche Steigerung der Patellarreflexe. Bei der geringsten Bewegung werden starke Schmerzen angegeben. Da ich den Angaben mißtraute, bat ich die Frau nachmittags in meine Sprechstunde zu kommen, weil ich eine besondere Behandlung von der Nase aus vornehmen wolle.

Um 4 Uhr erscheint Frau S. Angeblich hat sie sich unter Schmerzen hierhergeschleppt.

Außer dem obigen Befund ergibt sich nichts Krankhaftes. Urin normal.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Pat. fühlt sofort Erleichterung, sie kann sich bücken, die Schuhe aus- und anziehen und sich ohne Beschwerde hin- und herdrehen.

Ich bitte sie, sofort wiederzukommen, wenn sie irgend welche neuen Beschwerden haben sollte. Darauf beginnt sie zu weinen und erzählt eine traurige Ehegeschichte. (Man kann in diesem Fall an eine Flucht in die Krankheit denken.) Die Pat. geht beschwerdefrei fort.

13. V. 1927. Es sind keine Schmerzen mehr aufgetreten. Frau S. hat alle Hausarbeiten verrichten können.

Fall 4 (14): 4. XI. 1927. Fräulein G., 49 J., Lehrerin. Typus athleticus.

Vorgeschichte. Die Pat. hatte in der letzten Zeit viel Aufregungen, sie hat immer geschwiegen und den Ärger in sich „hineingefressen". Seit einigen Tagen leidet sie an einem Hexenschuß, der nach einer plötzlichen Drehbewegung aufgetreten ist. Sie

konnte sich nicht mehr bewegen, insbesondere nicht bücken und hat sich zu Bett legen müssen. Trotzdem ist sie auf meine Veranlassung in die Sprechstunde gekommen. Sie erscheint weinend, auf einen Stock gestützt und kann sich nur unter äußersten Schmerzen hinsetzen.

Befund. Objektiv ist nichts Krankhaftes zu finden.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Pat. kann ohne Beschwerden aufstehen, frei gehen, sich bücken, sie will sogar die Treppe zum 1. Stock? hinaufgehen.

6. XII. 1927. Bei einer Erregung sind noch einmal leichte Schmerzen im Rücken aufgetreten, sie sind aber schnell vorübergegangen.

In den beiden nun folgenden Fällen, den einzigen Mißerfolgen bei den Frauen, stellten sich nachträglich eine verdächtige Wirbelerkrankung bzw. eine Grippe heraus.

Fall 1: 16. XI. 1926. Fräulein W., 16 J., Arbeiterin. Typ. leptosom.

Vorgeschichte. Die Pat. spürte beim Heben eines schweren Sackes plötzlich Schmerzen r. unten im Rücken. Bei dem Versuch weiterzuarbeiten haben die Beschwerden zugenommen.

Befund. Es besteht Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule. Die rechtsseitigen unteren Rückenmuskeln sind auf Druck empfindlich. Objektiv findet sich nichts Krankhaftes, insbesondere sind die Wirbel beim Beklopfen nicht schmerzend.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Pat. kann sich besser hinsetzen, klagt jedoch noch über Rückenschmerzen.

18. XI. 1926. Trotz Ruhe und Umschlägen ist keine Änderung der Rückenschmerzen eingetreten. Da der 6. Brustwirbel auf Druck schmerzt, wird die Pat. zur Beobachtung dem Krankenhause überwiesen.

Fall 2: 8. II. 1930. Frau H., 38 J., Meistersfrau. Typ. normal.

Vorgeschichte. Als Kind hatte die Pat. nach Scharlach eine Nierenentzündung.

Seit mehreren Tagen leidet sie an einer Erkältung mit Schnupfen und Rückenschmerzen. Am 8. II. bückte sie sich bei der Hausarbeit und verspürte plötzlich so heftige Schmerzen im Kreuz, daß sie nicht mehr hoch konnte. Trotz Behandlung mit einem Heizkissen haben die Schmerzen zugenommen.

Befund. Etwas erregt aussehende Frau. Es findet sich Rötung des Rachens und leichte Bronchitis, sonst nichts Krankhaftes. Die l. Nasenhälfte ist nicht durchgängig.

Behandlung. Trotzdem Versuch der Nasenpinselung; kein voller Erfolg. Die Pat. kann sich zwar bücken und gerade strecken, es schmerzt jedoch sehr.

10. II. Die Bronchitis ist stärker geworden. Es zeigt sich Husten mit Auswurf.

II. Gruppe. Tortikollis.

Die Zahl der Tortikollisfälle beträgt 13; es sind 7 Männer und 6 Frauen (und zwar dem Stande nach 5 Arbeiter und 2 männliche Angestellte und 1 Hausmädchen, 1 Büglerin, 1 Beamtenfrau, 1 Metzgersfrau und 2 Arbeiterfrauen, s. o.). Bezüglich der Typologie finden sich keine Besonderheiten. Mit Rücksicht auf das Alter ist bemerkenswert, daß sich bei den Männern im 2. Jahrzehnt 4, im 3. Jahrz. 2 Fälle, im 4. Jahrz. 1 Fall finden, und daß bei den Frauen das 4. Jahrzent mit 3 Fällen das 3., 5. und 6. Jahrz. mit je 1 Fall übertrifft. Die geringe Zahl der Fälle erlaubt nicht, hieraus irgend

welche Folgerungen zu ziehen. Übereinstimmung herrscht sowohl hinsichtlich der Ätiologie, des Befundes und des Erfolges. Es ist kein Versager zu verzeichnen.

Es möge daher genügen, von den Männern und den Frauen je 2 Fälle herauszugreifen.

Fall 1 (2): 2. I. 1928. H. P., 24 J., Kaufmann. Typ. pyknikus.

Vorgeschichte. Der Pat. verspürte plötzlich bei einer Drehung des Kopfes in seiner Wohnung eine Steifheit des Halses, so daß er den Kopf nicht mehr bewegen konnte.

Befund. Abends 10 Uhr wurde ich von seiner ängstlichen Frau gerufen. Der Pat. saß mit nach rechts geneigtem, fixiert gehaltenem Kopf in einem Sessel und klagte über starke Schmerzhaftigkeit bei Berührung des Halses. Der Kopf konnte weder aktiv noch passiv bewegt werden. Außer einer kleinen Struma fanden sich keine krankhaften Erscheinungen. Ich verordnete heiße Packungen, Fliedertee und Gelonida antineur. und bat den Pat., am nächsten Morgen zu mir in die Sprechstunde zu kommen.

3. I. 1928 morgens. Die Beschwerden haben angeblich nicht nachgelassen. Der Pat. konnte nicht schlafen. Der Kopf läßt sich weder aktiv noch passiv nach links bringen.

Behandlung. Nasenpinselung.

Die Beweglichkeit des Kopfes ist vollkommen frei. Die Schmerzen sind geschwunden.

24. II. 1928. Der Pat. berichtet, daß keinerlei Beschwerden mehr aufgetreten sind.

Fall 2 (3): 7. II. 1928. Ph. K., 32 J., Arbeiter. Typ. normal.

Vorgeschichte. Der Pat. hat wiederholt an Steifhals gelitten, 3 bis 4mal in einem Jahre, einmal wurde er von einem Masseur durch Massage geheilt. Am 6. II. mittags verspürte er plötzlich Schmerzen beim Bewegen des Kopfes. Danach konnte er den Kopf nicht mehr drehen.

Befund. Ängstlich aussehender Mann. Er hält den Kopf in normaler gerader Stellung fixiert. Bei meinem Versuch, den Kopf zu bewegen, schreit der Pat. laut auf: „Weiter komme ich nicht." Bei der weiteren Untersuchung finde ich eine Mitralinsuffizienz. Angeblich handelt es sich um ein Kriegsleiden, für welches 50% Rente bezogen werden.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Pat. kann den Kopf frei bewegen, drehen, beugen und nach hinten strecken. Er sagt: „Das ist doch komisch, ich merke nichts mehr. Das letztemal habe ich 8 Tage gefeiert, jetzt kann ich arbeiten."

1. III. 1928. Er konsultiert mich wegen Herzstörungen. Am Halse hat er keine Schmerzen mehr verspürt.

Wie schwer organische und psychische Einflüsse zu trennen sind, zeigt der folgende Fall.

Fall 3 (4): 14. VI. 1928. Frau H., 38 J., Metzgersfrau. Typ. normal.

Vorgeschichte. Die Pat. hat früher öfter an Rheumatismus gelitten, seit dem 13. VI. hat sie den Kopf nicht mehr bewegen können. Sie mußte sich frisieren und anziehen lassen.

Befund. Ängstlich aussehende Frau mit nach rechts gedrehtem, fixiert gehaltenem Kopf. Es sind weder aktive noch passive Bewegungen möglich. Objektiv läßt sich nichts Krankhaftes nachweisen.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Kopf läßt sich ohne Beschwerde nach links drehen und aktiv und passiv frei bewegen. Freudig sagt die Pat.: „dann kann ich ja heute abend ins Theater gehen".

7. XII. 1928. Seit dem 6. XII. ist der Hals wieder steif. Außerdem klagt die Pat. über Schmerzen in der rechten Schulter, vermutlich infolge der Feuchtigkeit ihrer Wohnung.

Befund. Steigerung der Patellarreflexe. Romberg positiv.

Behandlung. Nasenpinselung.

Der Steifhals ist sofort verschwunden. Frau H. kann sich wieder ohne Schmerzen bewegen. Plötzlich fängt sie an zu weinen und klagt, daß sie durch freiwillige Scheidung getrennt von ihren Kindern leben müsse.

In dem nun folgenden letzten Fall habe ich noch einmal versucht, die Spezifität der Wirkung des Kokains nachzuprüfen.

Fall 4 (6): 20. I. 1930. Frau F., 31 J., Arbeiterfrau. Status normal.

Vorgeschichte. Am 19. I. verspürte Frau H. beim Herdscheuern plötzlich einen „Knacks" im Nacken. Sie konnte den Kopf nicht mehr bewegen und mußte sich wegen der Schmerzen zu Bett legen. Die Schmerzen zogen bis zu den Schultern hin, sie konnte nicht mehr arbeiten.

Befund. Die Pat. hält den Kopf in gerader Stellung fixiert und vermeidet ängstlich jede Bewegung. Aktive und passive Bewegungen sind nicht möglich. Es sind keine objektive krankhafte Symptome nachzuweisen.

Behandlung. Die Pinselung mit Aqua dest. ist ohne Erfolg. (Unwissentliches Verfahren.) Darauf Pinselung mit Kokainlösung.

Frau F. kann den Kopf frei drehen und ohne Schmerzen hin und her bewegen. Sie sagt spontan: „Nun geht es wieder besser. Kommt das von der Nase her? Jetzt kann ich wieder arbeiten."

Wenn ich nun in der Schlußbetrachtung das Wesentliche meiner Untersuchung zusammenfasse, so ergibt sich folgendes:

Die Krankheitsbilder, welche wir als Muskelrheuma ansehen, zu denen auch Lumbago und Tortikollis zu zählen sind, können bis heute sowohl in ätiologischer als auch in diagnostischer Hinsicht nicht als rein oder restlos geklärt gelten.

Wegen der neurotischen bzw. psychogenen Beziehungen, welche mir bei Lumbago und Tortikollis auffielen, machte ich den Versuch an hundert Fällen der allgemeinen Praxis entsprechend psychotherapeutisch einzuwirken. Die Methodik der Behandlung spielt eine sekundäre Rolle. Auch beschränkte sich die Behandlung nicht nur auf die beiden genannten Krankheitsbilder. So wurden z. B. auch mehrere Fälle von „Ischias" geheilt. Bei meinen Patienten hat sich die Methode von Fliess bewährt.

Es ist bemerkenswert, daß von den hundert behandelten Kranken nur zwölf nicht sofort geheilt und arbeitsfähig entlassen werden konnten. Dabei sehe ich von drei Männern ab, welche aus besonderen Gründen 1 bis 3 Tage geschont wurden. Die nicht sofort geheilten zwölf

Personen litten neben Lumbago oder Tortikollis noch an anderen, objektiv nachweisbaren Erkrankungen.

Außer einem selbständigen Kaufmann waren alle geheilten Männer (67) Arbeiter oder Angestellte, und sie bekundeten fast ausnahmslos nach der Behandlung den Willen zur Wiederaufnahme der Arbeit. Auch die 21 geheilten Frauen gehörten bis auf eine selbständige Lehrerin dem Arbeiter- oder Angestelltenstande an.

Dem Befunde wie dem Verlaufe nach müssen vorwiegend neurotische bzw. psychogene Veränderungen vorgelegen haben.

Auffallend ist die Häufigkeit und die Gutartigkeit der neurotischen Störungen in der Kassenpraxis.

Eine breitere Erörterung über das Wesen der Neurosen überschreitet den Rahmen dieser Untersuchung. Trotzdem sei zur Erläuterung ein kurzer Aufsatz von I. H. Schultz über Neurosenstruktur und Existenzialwerte herangezogen.

Für meine Fälle scheint, mit Schultz zu sprechen, das „hauptwertige psychologische Quellgebiet", wie auch oben angedeutet, zu suchen sein:

1. in der Umwelt der Kranken (exogen);

2. in falscher Gewöhnung, falscher Einstellung und anderen physiologisch-psychologischen Mechanismen (Mängel der Physik, Organminderwertigkeit – Adler –, allgemeines Gefühl der Minderwertigkeit, des Versagens gegenüber den gestellten Anforderungen, Randneurosen nach Schultz);

3. in endopsychischen Konflikten, überwiegend die Affektivität betreffend.

Es sei an die oben betonten affektiven Anteile besonders bei den Frauen erinnert. Schichtneurosen nach Schultz.

Die Kernneurosen nach Schultz, die charakterogen, aus dem eigentlichen Kern der Persönlichkeit fließen, bei denen der Mensch als Ganzes verändert ist, sind bei dieser Betrachtung auszuschalten.

Die Kranken aus dieser letzten Gruppe gehören in die Behandlung geschulter Fachärzte.

Die anderen aber sollten gerade die Praktiker mit Hilfe der psychologischen Untersuchungsmethoden verstehen und heilen lernen, damit sie nicht zu ihrem und unserem Schaden in die Hände der Pfuscher und „Psychologen", die sich marktschreierisch in den Tageszeitungen in unverantwortlicher Weise anbieten, geraten.

Nicht zuletzt dienen wir damit, wie oben bereits angeführt, auch den Interessen der sozialen Versicherungen, die schon aus unserem kleinen Material von 100 Fällen mit 88% sofort Geheilten einen relativ großen Gewinn in materieller und ethischer, erzieherischer Hinsicht buchen können.

Vorbedingung dazu ist, daß wir Ärzte mit und trotz wissenschaftlicher Ausbildung unvoreingenommen bleiben und als Eklektiker das Gute nehmen, wo wir es finden, um es in der Praxis nutzbringend anzuwenden.

Das Krankheitsgefühl der Neurose unterscheidet sich nach Friedmann nicht von dem des organisch Kranken, wenn zwar ein Organbefund fehlt oder sehr gering ist. Der Neurotiker ist krank, weil die Umordnung zum Kranksein bei ihm stattgefunden hat. Der Unterschied gegenüber dem organisch Kranken liegt in der Genese des Leidens. Jeder subjektiv Kranke ist behandlungsbedürftig. In jedem Falle sind die Wurzeln des Krankheitserlebnisses aufzudecken.

Bauer hat als Chefarzt einer Industrieangestellten-Krankenkasse eine Fürsorgestelle für sog. Rheumatiker eingerichtet. Er wollte, daß durch eine besondere, sorgfältige Untersuchung und Analyse des Einzelfalles, sowie durch taktvolles und verständiges Eingehen auch auf die psychische Seite des Zustandes Irrtümer vermieden würden. Einerseits sollte den Kranken kein Unrecht geschehen dadurch, daß sie in die unverdiente Rolle von Übertreibern und Simulanten gedrängt wurden, andererseits sollte die Gefahr gebannt werden, durch das polypragmatische Auffahrenlassen des ganzen physikalischen therapeutischen Rüstzeugs die hypochondrische Einstellung der Patienten zu stützen oder zu fixieren und sie zu seelischen Krüppeln zu machen.

Ich denke, wir haben schon viel zuviel Fürsorge und Fürsorgestellen.

Der Psychotherapie, zu der auch die Erziehungsprobleme gehören, bietet sich da im Rahmen der allgemeinen Behandlung für alle Ärzte ein weites aussichtsvolles Feld. Aus den Objekten der Gesetzgebung, Ärzten und Patienten, sollten wieder Subjekte werden.

Medizin, Gymnastik und Pädagogik müssen nicht nur gegen die Tuberkulose, nach Kisch, sondern in noch stärkerem Maße gegen die Neurosen mit ihren Folgeerscheinungen, die viel verbreiteter sind als die Tuberkulose, in den Kampf geführt werden.

Literatur

Alkan, L., Anatomische Organkrankheiten aus seelischer Ursache. Verlag Hippokrates, Stuttgart 1930.

Allgemeine ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie und psychische Hygiene. Verl. S. Hirzel, Leipzig 1928, Bd. 1, H. 1.

Bauer, J., Der sogenannte Rheumatismus. Verl. Theod. Steinkopff, Dresden 1929.

Bettmann, Heidelberg, Überempfindlichkeitsprüfungen beim Ekzematiker und ihre Bewertung in der Gewerbepraxis. Dtsch. med. Wschr., 1930, Nr. 4.

Bürger, Königsberg, Studien zum Erkältungsproblem. Verl. M. Niemeyer, Halle a. d. S. 1929.

Bunnemann, O., Über eine mögliche Psychogenese der gewöhnlichen Ischias. Allg. Z. Psychother., 1928, H. 8.
Clarke, T., Brit. J. Childr. Dis., 1929, S. 304.
Curschmann, H., Zur Diagnose des Muskelrheumatismus. Med. Klin., 1918, Nr. 17.
Deutsch, F., Differentialdiagnose organischer und psychischer Erkrankungen. Wien. klin. Wschr., 1928, Nr. 10.
Düsseldorfer Nachrichten. Reform der Sozialversicherung, 14. IV. 1930.
Eckstein, A., Die rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter. Verl. G. Thieme, Leipzig 1929.
Eliasberg, W., Ist seelische Heilbehandlung für die Kassen lohnend? Allg. ärztl. Z. Psychother., 1928, Bd. 1, H. 1.
Erben, S., Über Lumbago. Wien. klin. Wschr., 1928, Nr. 5.
Ernst und Broichmann, Rheuma und Rheumabekämpfung. Verl. G. Fischer, Jena 1929.
Feilchenfeld, E., Mechanische Behandlung beim Hexenschuß. Med. Klin., 1928, Nr. 29.
Fischer, A., Aufgaben und Ziele der Rheumabekämpfung. Ärztl. Vereinsbl., 1929, Nr. 20, 26.
Fließ, W., Nasale Fernleiden. Verl. F. Deuticke, Wien 1926.
Friedmann, L., Begriff und Wesen des Krankseins. Der Nervenarzt, 1929, H. 4, 5.
Gehlen und Otto, Über kongruente Allergieerscheinungen bei Bronchialerkrankung und Rheumatismus. Dtsch. med. Wschr., 1929, Nr. 47.
Géronne, A., Die Behandlung der Ischias. Z. ärztl. Fortbildung, 1929, H. 1.
Goldscheider, A., Behandlung der Lumbago. Fortschr. Ther., 1930, H. 1.
Grieser, Beratung im Arbeitsministerium über die Reform der Krankenversicherung. Ärztl. Mitt., 1929, Nr. 46.
Gudzent, F., Gicht und Rheumatismus. Verl. J. Springer, Berlin 1928.
–, – Über kongruente Allergieerscheinungen bei Bronchialerkrankung und Asthma. Dtsch. med. Wschr., 1930, Nr. 11.
Head, H., Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viszeralerkrankungen. Verl. Hirschwald, Berlin 1898.
Kisch, E., Medizin, Gymnastik und Pädagogik im Kampfe gegen die Tuberkulose. (Harmonische Behandlung.) Verl. G. Thieme, Leipzig 1930.
Klemperer, G., Klinische Diagnostik. Verl. J. Springer, Berlin 1929.
Klinge, F., Über rheumatische Erkrankungen und ihre Behandlung. Ther. Gegenw., 1930, H. 2.
Koblank, A., Die Nase als Reflexorgan des autonomen Nervensystems. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Wien 1930.
Königer, Erlangen, Die Periodizität in der Therapie. Fortschr. Ther., 1930, H. 2.
Krebs, W., Über rheumatische Erkrankungen und ihre Behandlung. Z. ärztl. Fortbildg., 1930, H. 1.
Kretschmer, E., Der heutige Stand der Konstitutionsforschung. Jkurse ärztl. Fortbildg., 1927, H. 5.
Leichtentritt, B., Die rheumatische Infektion im Kindesalter. Erg. inn. Med., 1930, Bd. 37.
Mackenzie, Krankheitszeichen und ihre Auslegung. Verl. C. Kabitzsch, Würzburg 1917.
Meyer und Gottlieb, Experimentelle Pharmakologie. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Wien 1918.

Mörchen, F., Hysterie ist keine Krankheit. Z. ärztl. Fortbildg., 1929, Nr. 21.
Mühlbock, O., Zum Stande unseres Wissens über Hormone. Jkurse ärztl. Fortbildg., 1930, H. 1.
Müller, R., Lehrbuch der Massage. Verl. Markus u. Weber, Bonn 1926.
–, – Der Kreuzschmerz. Aufgaben und Ziele der Rheumabekämpfung. Ärztl. Vereinsbl., 1929, Nr. 26.
Novak, J., Beziehungen zwischen Ohrenkrankheiten und weiblichem Genitale. Halban u. Seitz, Biol. u. Path. d. Weib., 1927, Bd. 5, 3. F.
Pototzky, K., Erziehung als therapeutisches Moment. Fortschr. Ther., 1930, H. 7.
Röper, E., Die Seele des nicht vollwertigen Arbeiters im modernen Kampf ums Dasein. Allg. Z. Psychother., 1928, H. 8.
Sarason, Der Schlaf. Jkurse ärztl. Fortbildg., 1929, Juliheft.
Schultz, I. H., Neurosenstruktur und Existenzialwerte. Zbl. Psychother., 1930, H. 2.
v. Skramlik, J., Wieweit stimmen objektiv und subjektiv Schmerzort überein. „Der Schmerz." Bd. 1, H. 3. Verl. C. Kabitzsch, Würzburg 1928.
Strauß, H., Die Stellung der körperlichen Minderwertigkeit in der klinischen Pathologie. Z. ärztl. Fortbildg., 1929, H. 22, 23.
Veil, W. H., Die rheumatische Infektion. Dtsch. med. Wschr., 1928, Nr. 37.
Wertheimer, J., Endonasale Behandlung von Zwangsneurosen und anderen nervösen Krankheiten. Bericht über den V. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie, Baden-Baden 1930. Verl. S. Hirzel, Leipzig 1930.
Zimmer, A., Rheuma und Rheumabekämpfung. Verl. R. Hobbing, Berlin 1928.

E. GUTHEIL:

EIN GEHEILTER FALL VON STOTTERN[1])

Anamnese

Siegmund K., ein 30jähriger orthodoxer Jude, von Beruf Zeichner, leidet seit seinem 9. Lebensjahre an Stottern. Er bleibt an einzelnen Worten, zumeist bei Satzbeginn, hängen, versucht krampfhaft das betreffende Wort hinauszuschleudern, wird rot und schweißbedeckt, bis schließlich die Hemmung schwindet und er sprechen kann. Die weiteren Worte können dann ohne Störung ausgesprochen werden, bis wieder nach einiger Zeit der Redestrom durch ein solches Haftenbleiben an irgend einer Silbe unterbrochen wird. Durch diese „Cäsuren" zerfällt die Rede des Kranken in längere und kürzere Wortkolonnen.

Siegmund K. ist der älteste von 8 Geschwistern und körperlich vollkommen gesund. Die Mutter des Kranken ist epileptisch, eine Schwester

[1]) Für die Überweisung des Falles bin ich Loewy (Bratislava), der auch die Analyse eröffnete, zu Dank verpflichtet.

hat ebenfalls einen Sprachfehler, eine andere Schwester litt in ihrem 15. Lebensjahre an einer Chorea.

Erste Erlebnisse

Zwei Erlebnisse sind es, die der Kranke als seine ältesten Erinnerungen (4. Lebensjahr) bezeichnet: Das erste ist eine rituelle Beschneidung, der er beiwohnte und die einen so starken Eindruck hinterließ, daß der Knabe die Mädchen beneidete, die von diesem Eingriff verschont bleiben; die zweite Erinnerung ist ein Traum (oder eine Phantasie) aus der gleichen Zeit. Der Kranke schildert ihn folgendermaßen:

Traum 1. „Ich war damals noch das einzige Kind. Meine Mutter war zu Hause. Es war Abend; meine Mutter und meine Kusine Eva saßen bei Tisch, die Mutter nähte und Eva las ein Buch. Ich spielte am Fußboden. Es war außergewöhnlich still, man hörte nur die Bewegung der Nadel. Auf einmal öffnete sich lautlos die Türe und ins Zimmer trat, ebenfalls lautlos, ein koboldartiger kleiner Mensch. Die Frauen bemerkten ihn nicht. Mich packte eine unheimliche Angst, ich vermutete, daß jetzt, jeden Augenblick, etwas Unheilvolles geschieht . . . Eine geheimnisvolle dunkle Sache . . . Vielleicht etwas Erotisches . . . Die Angst lähmte mich, ich konnte kein Wort hervorbringen und war verzweifelt, daß niemand das kommende Unglück verhüten könne . . ."

Bis zum 5. Lebensjahre, und zwar solange er noch das einzige Kind war, schlief er mit seinem Vater. Dann kamen die Zwillingsschwestern, Jochebeth und Sulamith, zur Welt. Der Kranke berichtet, er habe wegen dieses Familienzuwachses sehr gelitten und oft geweint. Die Geburt seiner Schwestern habe auch zur Folge gehabt, daß er sich mit der sexuellen Frage zu beschäftigen begann, und da sei ihm der Gedande gekommen, ein Kobold bringe die Kinder ins Haus, wobei er der Mutter irgendwie Gewalt antue.

Leider mußte der Kranke es erleben, daß er fast jedes Jahr neue Geschwister bekam, in den Lebensjahren 6 bis 10 drei Schwestern, im 11. Lebensjahre einen Bruder, im 12. Lebensjahre wieder eine Schwester.

Man sieht frühzeitig die Angst, er könnte der Liebe seiner Eltern verlustig werden. Der Kranke benimmt sich bereits im 6. Lebensjahre parapathisch und täuscht eine Ohnmacht vor, um sich wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen; ja noch im 15. Lebensjahre fällt er gern in Ohnmacht, um – wie er selbst zugibt – Mitleid zu erregen.

Seine Geschwister haßte er. So hielt er in der Zeit um das 6. Lebensjahr seine einige Monate alte Schwester Ruth zum Fenster hinaus und drohte „scherzweise" das Kind hinunterfallen zu lassen, wenn es nicht aufhöre zu

weinen u. ä. m. Später träumte er oft davon, daß die einzelnen Geschwister gestorben (mit Vorliebe: erstickt) seien.

Beginn des Leidens

Das Leiden machte sich um das 9. Lebensjahr bemerkbar. Kurz bevor das Stottern auftrat, wurde der Kranke im Bade von einem fremden Manne beschimpft und unter Wasser getaucht. Der Augenblick der Luftnot verblieb ihm außerordentlich deutlich in Erinnerung, weil er, wie die meisten Stotterer, ein anlagemäßig überempfindliches Gefäßnervensystem hatte und auch sonst leichte Zeichen einer exsudativen Diathese aufwies. So wurde er noch bis in die letzte Zeit jedesmal von Atemnot befallen, sobald er an dieses Ereignis zurückdachte. Eine Narkose, ein Wassersprung, ein Untertauchen u. dgl. waren dem Kranken aus diesem Grunde unmöglich.

Die Bedeutung der Atemstörung für die parapathischen Störungen der Sprache kennt wohl jeder Fachmann; sind doch mehrere Heilverfahren auf dem Bestreben aufgebaut, beim Stottern die nervösen Atemstörungen zu beseitigen. Wir wollen tieferstehend auf diese Zusammenhänge zurückkommen.

Anfangs stotterte der Kranke nur vor dem Vater, und zwar hauptsächlich deshalb, weil der Vater die Entgleisungen seiner Sprache streng tadelte. Begreiflicherweise stotterte er um so mehr, je mehr er den Sprechvorgang zu überwachen suchte.

Später vergrößerte sich der „gefährliche" Bereich; es kamen dazu: Die Angst im Tempel beim „Vorbeten" steckenzubleiben, die Angst beim Sprechen mit Vorgesetzten den „Atem zu verlieren" usw., besonders seitdem der Kranke bei einer Sprachübung in der Schule versagte.

Der Kranke litt unter seiner Störung seelisch ganz besonders aus dem Grunde, weil er schon in der Kindheit davon träumte, einmal ein berühmter Redner zu werden, wie es einem Träger des Namens „Siegmund" geziemte.

Das Sexualleben

Die Sexualität war bei diesem Kranken sehr rege, was auf frühe sexuelle Eindrücke zurückzuführen ist. So überraschte er einmal im 5. Lebensjahre die Eltern zärtlich umarmt im Bette. Wie die Nachforschung ergibt, hatte er zu jener Zeit wohl keine klaren Vorstellungen über die Art dieser Zärtlichkeit, doch scheint er eine Ahnung gehabt zu haben, denn er verglich rückschauend das Gefühl, welches er dabei hatte, mit jenem, das in ihm durch die höher erwähnte Traumphantasie ausgelöst wurde. (Möglicherweise handelt es sich hier um eine Deckerinnerung im Sinne Freuds.) Und wie

im Traumgebilde unter atemloser Stille der unheimliche Kobold das Zimmer betritt, so zieht mit dem Erlebnis im Schlafzimmer der Eltern sinnbildlich das Unbekannte, Unheimliche: die Sexualität in die Kinderseele ein. Dabei bot ihm das gleiche Lebensjahr wegen der Geburt der Zwillingsschwestern reichlich Gelegenheit, sich mit der sexuellen Frage zu befassen und sein Weltbild in dieser Richtung zu erweitern.

Betrachten wir in diesem Zusammenhange den folgenden Traum:

Traum 2. Ein kleines Kind liegt in einem Bett. Ein junger Mann und ein Mädchen sitzen hinter einer Hecke. Das Kind im Bettchen verwandelt sich in ein koboldartiges Geschöpf und belauscht die beiden; als gönne es ihnen den Genuß nicht.

Der Traum bezieht sich unzweifelhaft auf einen belauschten Geschlechtsverkehr der Eltern, wobei hier der Kranke selbst als eine Art Kobold erscheint. Und tatsächlich ließ sich ein solches Erlebnis beim Kranken nachweisen[1]). Von größter Bedeutung ist dabei der Umstand, daß in dem gleichen Jahre (11. Lebensjahr) auch die Onanie einsetzt, die ohne Unterbrechung bis zum 17. Lebensjahre dauert. Später ereigneten sich die onanistischen Akte nur vereinzelt. Wie die Analyse nachweisen konnte, bildete der belauschte elterliche Koitus den Inhalt der onanistischen Phantasie des Kranken.

Beziehung zur Religion

Dieses Erlebnis wirkte sich auch in einer anderen Hinsicht „traumatisch" aus: Das Verhältnis des Kranken zu seinem Vater hatte seither scheinbar eine Verschlimmerung erfahren. Der Kranke, der ursprünglich sehr an seinem Vater hing und, wie oben erwähnt, bis zur Geburt der Zwillingsschwestern mit ihm in einem Bette schlief, begann sich den Weisungen des Vaters zu widersetzen, ihm die Machtwürde abzuerkennen und sich auch sonst von ihm zu unterscheiden. War der Vater strenggläubig, so wurde unser Kranker plötzlich ein „überzeugter" Gottesleugner, der sich sogar über andere, wenn sie beteten, lustig machen konnte u. dgl. m. (15. Lebensjahr). Er berichtet darüber folgendes:

„Eine der unangenehmsten Erinnerungen aus jener Zeit war für mich der Versöhnungstag im Bethause. Ich sehe vor mir ein schmutziges Lokal, die üblen Gewohnheiten der einfachen Leute gehen mir auf die Nerven . . . Der Vater zwingt mich mit ihm, zu gehen . . . Ich stehe der ganzen Sache fremd gegenüber, fühle mich gewaltsam in ein Milieu hineingepreßt, das mir nicht liegt . . ." usw.

[1]) Durch Träume geführt, konnte Loewy als „aktiver" Analytiker diese Erinnerung schon im Anfange der Behandlung bergen, wobei er große Widerstände beim Kranken zu überwinden hatte.

Doch dieser Zustand währte nicht lange. Wäre uns die Wandlungsfähigkeit einer parapathischen Seele nicht bekannt, wir müßten uns darüber wundern, daß wir den gleichen Kranken ein Jahr später in einer vollkommen geänderten Verfassung wiederfinden. Während die äußerliche Widerspruchsstellung des Kranken gegen seinen Vater bis zum Beginn der Analyse erhalten blieb und zeitweise in stürmischen Szenen Ausdruck fand, wandelte sich seine sonstige Gesinnung und er suchte sich wieder dem strengen Ritual zu unterordnen.

Im 16. Lebensjahre wurde der Kranke vom Vater beauftragt, in die Jeschiwa (eine Art Hochschule für Talmudstudium) einzutreten. Wohl sträubte sich der Kranke anfangs dagegen, was auch zu argen Familienstreitigkeiten führte; doch rascher als man glaubte gab er nach. Noch auf der Reise in das Städtchen, in dem sich die Jeschiwa befand, weinte er und hegte Selbstmordgedanken; kaum betrat er aber den Boden der Jeschiwa, wandelte sich plötzlich seine Gesinnung, er war von seiner Sendung bereits durchdrungen und nahm auch sehr bald das Äußere und die Gewohnheiten der dortigen Jünger bis ins Letzte an. Dabei vertiefte er sich in das Studium der Bibel und anderer heiliger Bücher und tat dies mit jener Beflissenheit, mit der innerlich Schwankende sich für eine gefühlsbedingte Einstellung die nötigen verstandesmäßigen Beweismittel zu verschaffen suchen.

Denn seine Gläubigkeit war in Wirklichkeit niemals frei von Zweifeln, und gerade um diesem inneren Zwiespalt zu begegnen, verlor sich der Kranke in allerlei theologische Grübeleien. Dabei verfiel er in den bekannten Fehler, bei der Auslegung der Glaubenssätze den Verstand, den er für hinfällig hielt und in dem er im Vorhinein keinen Gradmesser erblickte, mit allerlei verstandesmäßigen Beweisgründen wegdisputieren zu wollen. So schrieb er in einer Abhandlung über das Glaubensbedürfnis:

„. . . Die Tatsache, daß uns ein absoluter Gradmesser fehlt, der uns einen Halt in der Relativität der Dinge böte, ist eine der wesentlichsten Ursachen unseres Religionsbedürfnisses . . . Die Religiosität . . . ist das einzige, das uns zum Wirklichen führt . . ."

Und später: „. . . Überhaupt trägt kein Produkt menschlichen Denkens so sehr den Stempel der Relativität, wie unsere Rechtsbegriffe ihn tragen. Der Zustand absoluten Rechtes kann auch nur mittels der von Gott geoffenbarten Thora (= Lehre. Ref.) herbeigeführt werden. Gott schuf die Welt, die Zeit, den Geist und die Materie, alles als Ausstrahlung lebendigen Schöpferwillens . . ."

Ferner: „. . . Vom ersten Urbeginn des Schöpfungswerkes bis zu dem Augenblick, in dem der Mensch in die Welt gestellt war, herrschte das absolute Recht, d. h. die göttliche Willensäußerung. Die bewußte Beugung

des Rechtes begann erst, als der Mensch, das mit Selbstbewußtsein begabte Wesen, sich den Rechtsbegriff nach seinem Gutdünken formte . . ."

Ein anderes Mal sagt er: „Wenn ich auf der Straße gehe und die Häuserreihen in der Ferne schön perspektivisch zusammenlaufen sehe, so kommt mir der Gedanke: Welches Recht habe ich, meiner Erfahrung mehr Glauben zu schenken, als dem Eindruck meiner Augen? – Was ich brauche, ist: ein absolutes Kriterium, und dieses gibt mir der Glaube . . ."

So blieb der Kranke fromm und strenggläubig bis zur Analyse. Er feierte den Sabbat, schor sein Barthaar nicht, besuchte keine Theater oder sonstige Schaustellungen, lebte in jeder Hinsicht enthaltsam und verbrachte seine freie Zeit beim Thorastudium bzw. beim Zeichnen biblischer Gestalten. Kein Wunder, daß er unter den Anfechtungen seiner regen Triebe zu leiden hatte. Die Onanie hatte er im 17. Lebensjahre wohl aufgegeben, seine geschlechtlichen Spannungen entluden sich jedoch in Pollutionen und so vermochte der Kranke das Schuldbewußtsein bis zur Analyse nicht ganz zu überwinden.

Wie jeder verkappte Zweifler, so zeigte auch er allerlei Neigungen zu Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. So klagte er öfters über gotteslästerliche Anwandlungen, die ihn während des Betens überfielen; auch hatte er noch im 24. Lebensjahre den Zwang, Gegenstände, die er in der Hand hielt, fortzuwerfen, er hielt sie dann um so fester[1]). Ferner hatte er oft den Zweifel, ob er in einem Gespräche mit irgend jemandem nicht einen großen Unsinn gesagt habe und mußte auch oft dagegen ankämpfen, einen Unsinn nicht zwangsweise zu sagen u. dgl. m., was bei der Analyse der Sprachstörung noch näher erörtert werden wird.

Wie einerseits sein bewußtes Denken und Fühlen nach sittlichen Hochzielen gerichtet war, so empfand der Kranke auch deutlich die aus dem Unterbewußtsein vordrängenden Regungen des Trieb-Ich; er versuchte dagegen anzukämpfen und lebte in steter Angst, er könnte von seinen Trieben „in einem unbewachten Augenblick" überrannt werden.

Dieser innerseelische Kampf wird auch an einer Zeichnung des Kranken veranschaulicht, welche den nächtlichen Kampf Jakobs mit dem Engel aus der Bibel schildert[2]) (Tafel I, Abb. 1).

Wie die meisten Kranken, die unter Zwangsvorstellungen leiden, glaubte auch dieser an die „Allmacht der Gedanken", was durch das Studium der

---

[1]) Man erinnere sich hier an den „Scherz" aus dem 6. Lebensjahre des Kranken, da er seine Schwester zum Fenster hinauswerfen wollte.

[2]) Diese Szene, bei der laut biblischer Darstellung Jakob vom Engel an der „Lende" verwundet wird, so daß er hinken muß, zeigt Beziehungen zum Kastrationskomplex des Kranken, über den noch zu sprechen sein wird.

Kabbala[1]), dessen sich der Kranke befleißigte, bedeutend gefördert wurde; Beschwörungen, Hellsehen, Deutung von geisterhaften Vorzeichen, Magie und dergleichen bildeten den Inhalt der kabbalistischen Bücher, bei denen er viel Zeit verbrachte. So wurde er sehr abergläubisch und verlor noch mehr an Selbstvertrauen.

Er wußte nichts „sicher", fand immer Anlaß zum Nachprüfen und empfand schließlich nicht einmal die strengen Satzungen der Religion als hinreichend, um unerschütterlich zu bleiben. Er meinte, sie müßten viel dogmatischer sein.

„Ich muß sittlich sein, weil Gott es befohlen hat! Nicht weil die Sittlichkeit im Werte höher steht als die Unsittlichkeit. Gott muß eine Art Diktator sein, seine Ratschlüsse müssen der Sphäre meines Verstandes entrückt sein, sonst ist er kein Gott für mich!"

Setzen wir statt „Gott" – „Vater", so sehen wir an diesem Ausdruck unbedingter Unterordnung unter das göttliche Gesetz, wie sehr sich der Kranke, der ehemalige Gottesleugner, dem Vater gegenüber umgestellt hat. Wir sehen nichts mehr von seinem Widerspruchsgeist, nichts von dem Aufruhr gegen das Machtwort des Vaters, wie sie besonders in des Kranken Reifejahren zu beobachten waren, sondern im Gegenteil: die höchste Form von Ergebenheit: den blinden Gehorsam. Freilich – nur im Sinnbild „Gott"; denn in Wirklichkeit behielt der Kranke seine feindselige Einstellung zum Vater – bewußt – auch fernerhin.

Beziehung zum Vater

Der Kranke beobachtete das Benehmen des Vaters mit einer seltenen Genauigkeit, um daraus zu entnehmen, ob der Vater ihm noch, wie früher, gut gesinnt sei, oder seine Liebe bereits den anderen Geschwistern zugewendet habe, und deutete alles als gegen ihn gerichtet. Es regte ihn z. B. auf, wenn der Vater ihm beim Zeichnen zuschaute und dabei gähnte; wenn der Vater in seiner Gegenwart an die Tischplatte klopfte; wenn er beim Essen mit der Zunge schnalzte; wenn er sich mit der Schwester in geschäftlichen Fragen beriet: all dies faßte der Kranke auf, als geschehe es nur zu dem Zwecke, damit er gekränkt und herabgesetzt werde. Die Schwester Dinah haßte er und beschuldigte sie, sich in das Vertrauen des Vaters „eingeschlichen" zu haben. Er ging so weit, den Vater zu verdächtigen, daß ihn erotische Beweggründe allein veranlaßten, sich mit dieser hübschen Tochter einzulassen, und dergleichen mehr. Nach einem Streite sprach er zum Vater ein ganzes Jahr kein Wort. Bei einer anderen Gelegenheit warf er seinem

[1]) Jüdische Geheimlehre, die besonders im Mittelalter verbreitet war.

Vater vor, er mache ihn krank und stellte sich dabei mit Befriedigung vor, wie das wäre, wenn er wahnsinnig würde und die Schuld dafür den Vater träfe.

Es ist dem Stoffe unschwer zu entnehmen, daß der Kranke den Vater über alle Maßen liebt. In seiner Parapathie hatte er diese Liebe auf das religiöse Geleise geschoben, sie „entpersönlicht", während die aus der alten Ödipuseinstellung stammende Haß-Teilkraft, die mit seinem bewußten Denken verknüpft war, erhalten blieb.

Wir können diese Haßeinstellung wohl auch an Träumen beobachten. In diesen kämpft der Kranke unablässig gegen die Machtstellung des Vaters an, doch entgeht es dem analytischen Auge nicht, daß dieser Haß seine Quelle in der beleidigten Liebe zum Vater habe. Der Kranke schwankt – wie der biblische Bileam – zwischen Fluchen und Segnen. Und in der Tat befruchtet Bileams Los auch seine zeichnerische Phantasie so sehr, daß er es in einer Unzahl von Entwürfen zu Papier brachte. Die Abb. 2 auf Tafel I, die einen solchen Entwurf darstellt, gibt uns davon Kunde.

Hat man sich daran gewöhnt, auch in Kunstwerken Äußerungen des unterbewußten Seelenlebens zu sehen, so kann man in dieser Zeichnung auch eine Beziehung zu der Sprachstörung des Kranken finden. Wie im Bilde der Engel Bileam am Weiterreisen verhindert, da dieser im Begriffe ist, Israel zu verfluchen, so hemmt auch in der Seele des Kranken eine sittliche Macht den Ablauf der Rede, wenn sie verpönten Gedanken entquillt. (Der Hohlweg kann in der „materialen" Deutung auch als Symbol des Mundes aufgefaßt werden, in dem die Sprachhemmung erfolgt.)

Gerade diese Zwiespältigkeit der Einstellung unseres Kranken zu seinem Vater, dieses Schwanken zwischen Haß und Liebe machen uns verständlich, warum das Stottern zuerst vor dem Vater aufgetreten ist. Er konnte das, was er dem Vater eigentlich hätte sagen wollen und das sich ihm auf die Zunge drängte, so oft er vor den Vater trat, niemals verraten, nämlich: daß er sein ganzes Fühlen und Denken auf ihn eingerichtet hatte; daß sein Leben ohne die Liebe des Vaters inhaltsleer war. Er mußte – wenn man so sagen darf – die Wachtposten seines Bewußtseins verstärken, damit sie den Durchbruch dieses Geständnisses hintanhalten. Aber in den Träumen und in seiner zeichnerischen Schaukraft trat uns diese Liebe in all ihrer Größe eindrucksvoll entgegen (s. Abb. 3 auf Tafel II).

Der Kastrationskomplex

Im Zusammenhange mit der beschriebenen Einstellung des Kranken zu seinem Vater müssen wir auch den Kastrationskomplex erörtern, der hier sehr

deutlich ausgeprägt war und aus dem häufigen Erlebnis der rituellen Beschneidung reichlichen Stoff schöpfen konnte.

Erinnern wir uns daran, daß eines der ältesten aufregenden Erlebnisse des Kranken (4.–5. Lebensjahr) eine Beschneidung war, der er beiwohnte. Auch später zeigte der Kranke seelische Abwehräußerungen bei Grausamkeiten jeder Art, die nur zum Teil mit den ihn beherrschenden sadistischen Trieben zusammenhingen. So fiel er bei einer Beschneidungsfeier noch im 17. Lebensjahr in Ohnmacht, ebenso zweimal beim Zahnziehen.

Wie die Analyse zeigte, richtete sich der Kastrationsgedanke, der während der Belauschung des Geschlechtsverkehrs der Eltern zum erstenmal aufgetreten sein dürfte, in seiner aktiven Form vorerst gegen den Vater. In diesem Zeichen steht z. B. auch der nächste Traum.

Traum 3. „Ich ringe mit J. (strenggläubiger Jude, Vaterimago) und will mit aller Gewalt seine Krawatte abschneiden. Es gelingt auch. Die Krawattenenden fließen von Blut . . ." (Krawatte = Penis.)

Der Kastrationsgedanke richtet sich später auch gegen seinen Bruder, dessen Geburt zur Folge hatte, daß der Kranke aufhörte der „einzige Sohn" zu sein. Ein Traum belegt dies.

Traum 4. „Mein Bruder ist im Bett gelegen, ich habe seinen Penis in die Hand genommen und daran manipuliert. Es ist eine rote Flüssigkeit herausgekommen, wie Blut. Ich wollte das Blut vom Fußboden wegwischen, es ist aber nicht gegangen. Während der ganzen Zeit hat der Bruder geschlafen. Ich habe mir gedacht, wenn er erwacht, werde ich ihm sagen, es sei vom Zahn. Tatsächlich erwachte er bald und griff mit seinem Finger an den Zahn."

Der Traum ist sehr durchsichtig. Hier wird die Kastration dem Zahnziehen gleichgesetzt, was daran erinnert, daß der Kranke sowohl bei der Beschneidung als auch beim Zahnziehen in Ohnmacht gefallen ist. Ferner ergibt sich hier ein Zusammenhang zwischen dem Kastrationskomplex und Mund bzw. Munderotik, was mit der Sprachstörung des Kranken zusammenhängt.

Bezüglich der Stellung unseres Kranken zu seinem Bruder wäre zu sagen, daß er in seinem Bruder, der in religiöser Hinsicht freier war als er, ein Kind des verpönten neuen Zeitgeistes sah, wert von der rächenden Hand Gottes hinweggefegt zu werden, während er selbst durch seine gottergebene Lebensart die Gunst Gottes und des eigenen Vaters zu erwerben hoffte. Er suchte sich daher von seinem Bruder weitestgehend zu unterscheiden.

Der Kastrationskomplex äußerte sich in späterer Zeit – wohl unter der Wirkung des Schuldbewußtseins – hauptsächlich in der passiven Form. In dem folgenden Traume können wir an den vielen Lebewesen, welche be-

schnitten (kastriert) werden sollen, die Wandlung des aktiven Kastrationswunsches in einen passiven beobachten[1]).

Traum 5. „In einem kleinen Bassin schwimmt ein regenwurmartiges Tier. Das Tier soll beschnitten werden. Wir stehen mit dem Messer daneben und können das Tier nicht fassen, weil es sich immer wieder aufbäumt und davonschwimmt. Dann sehe ich ein großes salamanderähnliches Tier, das herumschwimmt und auch beschnitten werden soll. Es gelingt nicht. Dann legt sich Herr B. nieder, um an sich selbst die Beschneidung vorzunehmen. Auch mir kommt es vor, wie wenn ich beschnitten worden wäre. Ich fühle Schmerz."

Für die hier geschilderte Wandlung erweist sich, wie die Analyse lehrt, das Entgegenkommen von seiten bestimmter erogener Körperzonen als besonders förderlich. So gab es am Körper des Kranken zwei Zonen, an denen er eigentümlich empfindlich war; die bloße Vorstellung, sie wären gefährdet, rief in ihm Schaudern hervor. Es waren dies: der Geschlechtsteil und die Augen, beides Körperteile, deren Beziehung zum Kastrationskomplex bekannt ist.

Die Vorstellung der Blendung war dem Kranken unheimlich; er hatte dabei ein unangenehmes Gefühl im – Hodensack. Er litt auch zeitweise an der Zwangsvorstellung, er müsse sich spitze Gegenstände in die Augen stoßen. Wie die anderen seelischen Regungen, so wurde auch der Kastrationskomplex in diesen seinen beiden Ausdrucksformen für den Kranken zum zeichnerischen Vorwurf. Beide oben dargestellte Zeichnungen (Abb. 4 und 5) sind einer ganzen Reihe von Entwürfen entnommen, die der Kranke zum gleichen Gegenstand gemacht hat.

Man beachte an der Zeichnung „Opferung Isaaks" die Handhaltung Isaaks, die nach der Erfahrung der Analyse als ebensowenig „zufällig" angesehen werden darf, wie z. B. der Inhalt eines Traumes oder einer Fehlleistung im Sinne Freuds. Der Zusammenhang der Simson-Szene mit dem Kastrationskomplex steht wohl sogar nach der biblischen Darstellung fest. (Der Riese wird durch den Haarverlust „schwach" und später geblendet!) In diesem Zusammenhange sei auch erwähnt, daß der Kranke mehrere Angstträume hatte, in denen er geblendet wurde.

Der tiefere Sinn des Kastrationsgedankens

Es liegt im Wesen des passiven Kastrationskomplexes, daß er im Kranken häufig Bestrebungen der Weltflucht und Selbstkasteiung erweckt. Dieser

[1]) Vgl. die Ausführungen Reiks über den Zusammenhang zwischen Beschneidung und Kastration in seinem Buche „Probleme der Religionspsychologie", I. Teil: Das Ritual. Int. Ps.-anal. Verl. 1919. Ebenso: Freud, „Totem und Tabu", des gleichen Verlages.

Zusammenhang ließ sich auch hier nachweisen. So hielt der Kranke die Beschneidung, die für ihn eine Art Kastration bedeutete, für einen unerläßlichen Eingriff zur Hebung der sittlichen Eigenschaften des Mannes. Er sah darin auch die Förderung jener gewollt-weibischen Wesensart, welche von der Kabbala als gottgefällig angesehen wird, da nach dieser Lehre dem ganzen Judentum von Gott die weibliche Rolle zugewiesen wurde, während Gott selbst als schöpferische Kraft das männliche Prinzip versinnbildlicht. Die religiöse Verzückung ist nach dieser Auffassung eine Vereinigung dieser beiden Urbegriffe, eine Art übersinnlicher Geschlechtsverkehr.

Diese Einstellung muß auch bei der Beurteilung der homosexuellen Triebteilkraft des Kranken berücksichtigt werden.

Für die Sprachstörung kommt der Kastrationskomplex wohl nicht nur als Träger des Schuldgedankens in Betracht. Man beachte den ergebenen, fast verzückten Gesichtsausdruck Isaaks auf der Zeichnung des Kranken, um zu begreifen, warum sich der Kranke in seiner Parapathie seelisch ent„mannt" hat.

Beziehung zur Mutter

Die Liebeseinstellung zum Vater hat hier auch die gleichgeschlechtliche Teilkraft der Sexualität, die schon von Haus aus groß war, wirksam erhalten. In mehreren Träumen ließ sich dies eindeutig nachweisen.

Um aber die Frage der „latenten Homosexualität" in ihrer Tiefe zu erfassen, ist es notwendig, die Beziehung des Kranken zu seiner Mutter und das

Schicksal des Ödipuskomplexes

zu erörtern; denn wir wissen, daß der krankhafte gleichgeschlechtliche Einschlag hier nicht als ursprünglich angenommen werden kann.

Wie oben ausgeführt, war die Mutter des Kranken epileptisch. Sie störte ihn immer wieder durch ihre nächtlichen Anfälle und die nachfolgenden Verwirrtheitszustände. Auch die sexuellen Szenen, welche der Kranke schon in seiner frühesten Kindheit zu beobachten Gelegenheit hatte, senkten seine Achtung vor dieser Frau beträchtlich. Wenn man neben diesen Eindrücken noch die von der Religiosität stammende Neigung zur Enthaltsamkeit in Betracht zieht, so kann man den frühzeitigen Umbau des Ödipuskomplexes und die Zunahme der gleichgeschlechtlichen Triebteilkräfte verstehen. Auch die Träume des Kranken weisen fast keinen auf, aus dem man auf eine stärkere Mutterbindung schließen könnte.

Der tiefste Grund der Abkehr von der Mutter ist in der Analyse sehr spät zum Vorschein gekommen; wir wollen ihn im nachfolgenden besprechen.

Der Hamletkomplex

Dem „aktiven" Analytiker, der gewohnt ist, Träume reihenweise nach den „tragenden Ideen" (Stekel) zu durchsuchen, mußte es auffallen, daß in den Träumen unseres Kranken die Frau so häufig entwertet wird. Wir bitten den Leser, z. B. die nachfolgenden Traumbruchstücke mit uns zu überblicken:

Traum 6. „Ich sitze neben einer Dame und liebkose sie. Plötzlich merke ich, daß sie alt und häßlich ist."

Traum 7. „Eine sehr elegante Dame kommt in einen Juwelierladen, wo ihr verschiedene Schmuckstücke gezeigt werden. Plötzlich entfernt sie sich, und der Besitzer bemerkt, daß ihm etwas fehlt, er hat den Verdacht, daß sie eine Betrügerin ist."

Traum 8. „Ich bin in einem Zimmer, dessen Fenster sehr hoch ist. Im Bette liegt die Mutter Gottes. Ich stehe beim Bett und will die Mutter Gottes umarmen und küssen, sie verwandelt sich aber in eine ältliche Person mit mageren Hängebrüsten."

Traum 9. „Ich stehe auf einem Platz unter vielen Leuten. In der Mitte eine Frau, anscheinend eine Geistesgestörte. Ich werfe ihr eine Karte mit einer Verhöhnung zu."

Die Entwertung ist sehr deutlich: Eine hübsche Frau wird häßlich (Traum 6); eine elegante Frau erweist sich als Betrügerin (Traum 7); die Mutter Gottes ist für Zärtlichkeiten zugänglich und wird überdies auch körperlich entwertet (Traum 8); eine Geistesgestörte (Mutter epileptisch) wird vom Kranken verhöhnt (Traum 9).

Es ist dem Traumstoffe unschwer zu entnehmen, daß die Quelle der Abneigung gegen die Frauen die Mutter des Kranken bildet. Doch warum? Wir haben vorher diese Frage offengelassen. Da der Kranke selbst eine klare Auskunft zu geben nicht vermochte, galt es für die Analyse, das Erinnerungsvermögen des Kranken mit Hilfe „aktiver Traumdeutung" anzufachen.

Der nächste Traum erweckt unsere Aufmerksamkeit.

Traum 10. „Ich habe von Hamlet geträumt. Habe mich mit ihm irgendwie identifiziert oder er war bei mir zu Besuch . . ."

Woher das Gleichnis mit Hamlet? Wir fragen den Kranken aus, was er über den dänischen Prinzen zu sagen wisse. Er zeigt sich sehr bewandert; weiß, daß Hamlets Mutter mit ihrem Oheim Blutschande getrieben und diesen auch bewog, ihren Gatten zu vergiften. Der folgende Traum stimmt nun damit merkwürdig überein.

Traum 11. „Mein Vater ißt Suppe und sagt, er sei vergiftet, wie es schon einmal war. Ich trinke die Suppe sofort aus."

Die Redewendung „wie es schon einmal war" erscheint in den Träumen des Kranken öfters und drückt aus, daß – wohl nicht das Traumgeschehen, sondern: – ein Ereignis, bzw. ein seelischer Vorgang aus der Vergangenheit des Kranken wiedererlebt wird. Hier bedeuten diese Worte, daß der Vergiftungsgedanke den Kranken schon einmal beschäftigte. In diesem Traume opfert sich der Kranke für den Vater (vgl. „Die Opferung Isaaks").

Doch auch andere Einzelheiten des Shakespeareschen Dramas kommen in den Träumen des Kranken zum Ausdruck, so z. B. der Ehebruch.

Traum 12. „Ich gehe zu einem Ehepaar. Mein kleiner Bruder geht mit. Wir verstecken ihn, denn es soll ein Geschlechtsverkehr (Ehebruch) mit der dortigen Frau stattfinden, wie es schon einmal war."

Traum 13. „Mein Vater spricht in meiner Gegenwart mit einer Prostituierten. Ich wundere mich darüber."

Die Träume gehen übereinstimmend in der Richtung, daß der Kranke die Mutter des Ehebruchs beschuldigt (vgl. die „Prostituierte" aus dem Traum 13). Der Kranke erinnerte sich daran, daß die Mutter einmal in einer postepileptischen Verwirrtheit von einem Inzest mit ihrem Bruder sprach. Diese Mitteilung machte auf ihn einen ungeheuren Eindruck. Es traten Zweifel auf, ob er überhaupt der Sohn seines Vaters sei. Er wurde zu einem Zweifler (mit den dazugehörigen zwangsparapathischen Neigungen) und zeigte ein immer wachsendes Bedürfnis, „in der Relativität der Dinge" (vgl. S. 175) einen sicheren Halt zu erlangen. Diesen Halt bot ihm dann nicht das Wissen, sondern – der Glaube! Im übrigen erinnert uns auch diese Zweifelsucht lebhaft an die Wesensart Hamlets.

Der Kranke verlor allmählich die Achtung vor der Mutter, hielt sie für sexuell unzuverlässig und – haßte sie. Die Folge dieses Hasses waren verbrecherische Anwandlungen, die, verdrängt, all sein Selbstbewußtsein niederrissen, so daß er seinen Mitmenschen nicht mehr frei ins Auge sehen, nicht mehr ohne Verlegenheit Rede und Antwort stehen konnte.

Schließlich stellte er sich seelisch gänzlich um; er gab seine weiblichen Geschlechtsziele auf und besetzte selbst eine weibliche Stellung, besonders im Verhältnis zu seinem Vater, dem er die Liebe und Treue der Gattin zu ersetzen suchte.

Zur Symptombildung

Analytische Erfahrung ergibt, daß die parapathische Störung die Sprachwerkzeuge nicht ergriffen hätte, wenn das Organ, an dem es zu einem Niederschlage des Symptoms gekommen ist, nicht schon vorher „erogenisiert" worden wäre. Und in der Tat finden wir auch bei diesem Kranken eine gut aus-

gebildete Munderotik, die in zahlreichen Fellatiophantasien ihren Ausdruck fand.[1])

Ferner ist es für die Symptomwahl bezeichnend, daß die verbrecherischen Triebe bei unserem Kranken hauptsächlich auf Würgen und Drosseln hinzielten. Wir haben von der Abhängigkeit des Stotterns von der Atmung bereits gesprochen und auch erwähnt, welchen Eindruck auf unseren Kranken das unfreiwillige Unter-Wasser-Tauchen kurz vor dem Ausbruch des Leidens gemacht hat. Der Kranke, der mit dem Gedanken spielte, seinen Widersachern an die Kehle zu fahren, litt selbst, wenn er sprechen wollte, an „zugeschnürter Kehle" (Talion). Selbstverständlich findet sich auch dieser Komplex unter den Entwürfen des Kranken; so zeichnet er die Ermordung des Ägypters durch Moses als eine – Erwürgung.

Gedanken und Träume über das Sterben erfüllen den Kranken, der – wie die Analyse lehrt – sich für einen Totenvogel, für den Todesträger hält.

Traum 14. „Ich war in einem Garten und habe einen schwarzen Vogel in der Hand gehabt. Dann habe ich ihn losgelassen ... Mitleid? Dann habe ich einen toten Fasan liegen sehen ..."

Der Todeskomplex zeigt auch Beziehungen zur Sprachstörung des Kranken, deshalb wird er hier besprochen. So gab der Kranke im Verlaufe der Analyse unter großer Erregung an, der eigentliche Antrieb sich behandeln zu lassen käme daher, daß er befürchtete, er würde im Tempel beim Gebet für die Toten (Kaddisch) steckenbleiben und sich bei der ganzen Gemeinde unmöglich machen[2]). Wenn man bedenkt, daß die Angehörigen des Kranken alle noch leben, so wird man seine ängstliche Besorgnis entsprechend zu würdigen wissen. Hören wir, was ein Traum darüber berichtet:

Traum 15. „Ich schaue vom Fenster hinunter, es ist Nacht, es zieht ein Leichenzug vorüber. Ein Wachmann ruft zu mir hinauf: ‚Saujud, hast Du schon Kaddisch gesagt?' Ich will mich über ihn beschweren und verlange seine Nummer, doch verweigert er mir diese. Ich bin sehr aufgeregt ..."

Der Kranke stottert, weil er befürchtet, daß seine Worte, Mittler seiner verbrecherischen Wünsche, todbringend sein könnten. (Wie jeder Parapath glaubt er an die Allmacht seiner Gedanken!) Weil er gar so bald in die Lage kommen wollte, das Totengebet zu verrichten, fürchtete er nun, er werde, wenn die Zeit hierfür wirklich gekommen sein wird,

[1]) Es sei gestattet, darauf hinzuweisen, daß die Bibel berichtet, Moses habe an einer Sprachstörung gelitten, die ihn zwang, bei Ansprachen an das Volk sich durch seinen Bruder Aron vertreten zu lassen. Es heißt dort wörtlich, er hätte „unbeschnittene Lippen" (hebr. „Aral sefasaim") gehabt, was dem schriftgelehrten Kranken wohlbekannt war.

[2]) Bei den Juden besteht der Brauch, daß Leute, die einen Familienverlust zu beklagen haben, im Tempel vorbeten.



Abb. 1. Jakob kämpft mit dem Engel[1])



Abb. 5. Opferung Isaaks

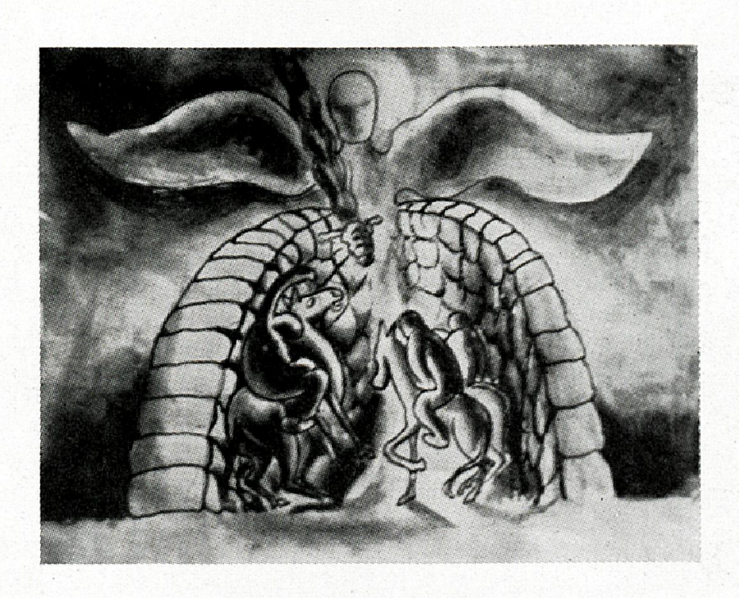


Abb. 2. Bileams Reise

[1]) Der Kranke hat uns aus seiner Mappe eine Anzahl von Zeichnungen für die Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.



Abb. 3. Prophet Elisa ruft seinem Vater Eliahu, der zum Himmel fährt, zu: „Mein Vater, mein Vater, mein Schlachtwagen für Israel!" (Holzschnitt.)



Abb. 4. Die Blendung Simsons

vor dem Altar voll Schuldbewußtsein steckenbleiben, Gott werde ihn verstummen lassen. (Eine wichtige Ursache seiner Angst vor dem Beten!)

Der „Wachmann" spielt in den Träumen unseres Kranken eine große Rolle. Er versinnbildlicht jene innerseelische Behörde, welche stets darüber zu wachen hat, daß krankhafte Triebregungen in seinen Worten die sittlichen Schranken nicht durchbrechen. (Vgl. die Zeichnung „Bileams Reise".)

Symbole des Stotterns

Die Symbole, deren sich die Träume des Kranken bei der Darstellung des Leidens bedienten, lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

A. Solche, die vorgreifend den Durchbruch verdrängter Gedanken und Triebe darstellen; dabei kommt es zur Angstentfaltung.

B. Solche, die die Sprachhemmung „funktional" versinnbildlichen[1]).

Zu A.: 1. Der Kranke ist zu weit oder falsch gegangen, gefahren u. dgl.;

2. er ist auf glattem Boden ausgerutscht u. ä.;

3. er hat Angst vor durchgehenden Tieren, allzu rasch fahrenden Bahnen und Wagen, vor Wahnsinnigen, Betrunkenen, vor Revolutionen und ähnlichen Erscheinungen, bei denen der Mangel an Zügelung und Beherrschung im Vordergrunde steht, vor Ereignissen, bei denen Worte gesprochen und Handlungen begangen werden, die gegen die Sittlichkeit verstoßen u. dgl. m.;

4. Feueralarm;

5. Einbrecher: Ruf nach der Wache;

6. Wachleute werden von Einbrechern überwältigt; usw.

Diese Angst hat er mit anderen Triebkranken gemeinsam.

Zu B.: 1. Der Kranke bleibt stecken, kann die Beine nicht bewegen usw.;

2. Soldaten stehen Posten und lassen niemanden weitergehen;

3. der Mund des Kranken wird verstopft;

4. der Atem geht ihm aus;

5. eine Menschenmenge staut sich bei einem engen Ausgang usw.

Überblick

Fassen wir die Ergebnisse der Analyse zusammen!

Das Symptom des Stotterns ergibt sich aus einem in der Seele des Kranken zutiefst waltenden Schuldbewußtsein.

1. Stottern als Symptom einer allgemeinen Hemmung.

Da dieses Leiden, wie jede Parapathie, in ihrem Aufbau mehrdimensional ist, lassen sich mehrere Teilkräfte nachweisen, deren Wirkung dieses Schuld-

[1]) Selbstverständlich darf nicht in jedem Falle aus dem Symbol umgekehrt auf die Sprachstörung geschlossen werden.

bewußtsein zuzuschreiben ist. Der Kranke ist ein Triebmensch, dessen Triebe, die aufbauenden wie die zerstörenden, gehemmt sind. Die Angst vor dem Durchbruch dieser Triebe schlägt sich auch im Sprachsymptom nieder, der Redestrom wird durch unwillkürliche „Zäsuren" unterbrochen, wodurch verhindert wird, daß ein nicht überwachter Gedanke ausgesprochen werde [1]).

2. Das Gleichnis: Richter und Angeklagter.

Der Kranke haßt seine Mutter, seine Schwester, seinen Bruder – träumt davon, er werde sie erwürgen –, die Talion wandelt es aber um: Vor dem Gerichtshof seines eigenen Gewissens kann der Kranke nicht bestehen; das Schuldbewußtsein läßt ihn auch in jedem Mitmenschen einen Richter sehen, vor dem er zittern muß; vollends gerichtet fühlt er sich aber, wenn er vor Gott tritt. (Angst vor dem Beten.)

3. Das unterdrückte Geständnis der homosexuellen Liebe.

Von der Frau abgekehrt, hegt er innerlich eine glühende Liebe für seinen Vater, dem er alle Freuden des Lebens bieten, für den er jedes Opfer bedenkenlos bringen möchte (Opferung Isaaks!). Sein Stolz läßt es jedoch nicht zu, sich dies einzugestehen, weil er sich vom Vater beherrscht und unterdrückt fühlt. Das Geständnis dieser geheimen Liebe, welche dem Kranken auf die Lippen strömt, verebbt: die homosexuellen Triebkräfte (Kastrationswunsch!) werden verdrängt oder in Kunstformen sublimiert; der innerseelische Kampf bleibt dabei unentschieden, sein äußerer Ausdruck ist – das Symptom.

4. Die unterdrückte Warnung.

In dem tiefsten Dunkel seiner Seele aber schlummert ein Hamlet-Gedanke, der, unentbunden, den Kranken zum Grübler und Zweifler gemacht hat: Die Frage seiner Herkunft.

Es drängt ihn, danach zu forschen; er will die „absolute Wahrheit" ergründen; er will den Vater vor der Mutter warnen, damit dieser sehe, wo die wahre Freundschaft zu finden sei: der Flug seiner Rede stockt jedoch, er kann nicht sprechen – er stottert . . .

Das Ergebnis der Analyse

Der Kranke, dessen Zustand in der Analyse mannigfachen Schwankungen ausgesetzt war, wurde nach ungefähr 80 Sitzungen, die im Verlaufe eines Jahres abgehalten wurden, vollkommen geheilt. (3 Jahre Katamnese.)

Die ersten Fortschritte zeigten sich vor dem Altare, später konnte nach der Aufdeckung der geheimen Liebe das Verhältnis des Kranken zum Vater

[1]) Vgl. damit die Angst des Kranken, einen Unsinn gesagt zu haben (S. 176).

gebessert werden. Wirkungsvoll erwies sich in dieser Beziehung eine längere Unterredung mit dem Vater, der über das notwendige Verhalten zum Kranken belehrt wurde. Besonders bemerkenswert war der Erfolg der Analyse in einem Falle, in dem der Kranke – zum erstenmal in seinem Leben – wirklich als Angeklagter vor dem Richter stand. Er hatte dabei sein volles Selbstbewußtsein bewahrt und verteidigte sich, ohne im geringsten zu stottern.

Vor einem Jahre verliebte sich der Kranke in ein Mädchen, und was die Analyse an festgefügten Komplexen nicht zu ändern vermochte, gelang den umschaffenden Kräften der Liebe. Dem Mädchen zuliebe gab er die orthodoxe Tracht auf und ließ, ohne von der religiösen Linie abzuweichen, viel von seinem Fanatismus nach. Als einfacher „Europäer" arbeitet er gegenwärtig daran, sich eine Lebensgrundlage zu schaffen, um zu heiraten.

III. EIGENBERICHT

***Danziger, Lotte, Hildegard Hetzer und Helene Löw-Beer, Pflegemutter und Pflegekind.** (Psychologie der Fürsorge, II.) VII und 124 Seiten. S. Hirzel, Leipzig 1930. Brosch. RM. 6.–, geb. RM. 7.50.

Die Arbeit beabsichtigt, durch eine systematische Untersuchung den sozialen und pädagogischen Problemen der Pflegekindsituation näherzukommen. Teil I beschäftigt sich mit der Situation vor dem Eintritt des Kindes in eine fremde Familie. In Gesprächen mit 200 Pflegemüttern, die ein Kind aufnehmen wollten, wurde erhoben, aus welchen sozialen Schichten die Pflegemütter stammten, welches ihre Gründe zur Aufnahme der Kinder und welches ihre Wünsche in bezug auf sie waren. Es ergab sich als das wichtigste Resultat dieser Erhebung, daß die Pflegemütter in überwiegender Mehrheit keine oder nur ein eigenes Kind hatten, und daß ihre Gründe zur Aufnahme von Kindern vorwiegend psychologischer Natur waren (Einsamkeit, mangelhaft befriedigtes Pflegebedürfnis der Frau, pädagogische Rücksichten für das eigene einzige Kind). Nachdem durch Gespräche mit den Pflegemüttern die psychologische Situation vor dem Eintritt des Kindes in die Familie erfaßt war, wurden bei 88 Pflegemüttern, deren Einstellung aus vorhergegangenen Gesprächen bekannt war, Recherchen gemacht, durch die Einblicke in die Beziehung der Pflegemütter zu dem Pflegekind und in die diese Beziehungen beeinflussenden Faktoren gewonnen werden sollten. Es zeigte sich, daß es 4 Typen von Beziehungen der Pflegemütter zu Pflegekindern gibt (1. sehr intensive persönliche Bindung an das Kind, meist bei kinderloser Frau; 2. persönliche Bindung, doch von geringerer Stärke und Dauer als beim ersten Typus, meist Frauen mit einem eigenen Kind; 3. keine persönliche Bindung, jedoch objektiv richtige Einstellung gegenüber dem Kinde; 4. keine persönliche Bindung an das Kind, ungerecht kritische, negative Einstellung).

Von den Faktoren, die die Art der Beziehung beeinflußten, schien vor allem die „Beschaffenheit" des Kindes selbst am wesentlichsten. Es zeigte sich, daß Kinder mit sehr lästigen Fehlern oder ernstlichen körperlichen oder geistigen Schäden in der

Regel von vornherein von einer persönlichen Beziehung zu der Pflegemutter ausgeschlossen sind, daß jedoch normale und besonders sehr liebenswürdige Kinder einer solchen Bindung teilhaftig werden, wenn nicht andere Faktoren (Eltern des Kindes, nicht erfüllte Wünsche der Frau in bezug auf Alter und Temperament des Kindes, frühere Erfahrungen mit Kindern usw.) der Entwicklung eines persönlichen Verhältnisses entgegenwirken. Aus diesen Erhebungen ergaben sich für die Praxis der Fürsorge eine Reihe von Forderungen (größere Rücksichtnahme auf die Wünsche der Frauen in bezug auf Alter und Temperament des Kindes, zwanglose Aussprachen vor der Aufnahme des Kindes zum Zweck der eines genaueres Erfassens ihrer Motive usw.).

Das Problem des II. Teiles der Arbeit ist: welchen Schwierigkeiten steht die Pflegemutter bei der Pflege und Erziehung fremder Kinder gegenüber und wie bewältigt sie diese Schwierigkeiten? Es ergab sich, daß die Pflegemutter neben jenen Erziehungs- und Pflegeschwierigkeiten, die sie auch bei eigenen Kindern begegnen kann, für die Pflegesituation spezifische Schwierigkeiten zu bekämpfen hat (Eingewöhnungsschwierigkeiten, Einmischung der Nachbarschaft, Störungen durch die Kindeseltern). Es zeigte sich weiter, daß die Pflegemütter im allgemeinen Pflegeschwierigkeiten eher gewachsen sind als Erziehungsschwierigkeiten, was die Maßnahme rechtfertigt, daß Kinder über 7 Jahre nur selten in Pflege gegeben werden. Als praktische Forderung ergab sich die Aufklärung der Pflegemutter über gewisse entwicklungsbedingte Erziehungsschwierigkeiten (Trotzalter, Kraftsteigerung usw.), sowie über Eingewöhnungsschwierigkeiten (anfängliches Schreien, Nichtessen, Heimweh), wodurch eine Überwindung dieser Schwierigkeiten erleichtert werden könnte. L. Danziger-Wien.

IV. LITERATURBERICHTE

Bodek, Günter, Psychotherapie der vegetativen Neurosen. Jahrbuch 1926/27 der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlin.

B. erörtert allgemein psychotherapeutische Gesichtspunkte, die ihn zu dem Schlusse führen, daß als Methode der Wahl zur Behandlung vegetativer Neurosen sich das autogene Training erweist.

B. hat über 100 vegetative Neurosen mit der Methode des a. T. behandelt. In fast allen geeigneten Fällen hat er die Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems durch klinische (Dermographismus, Phänomene nach Aschner, Czermak, Erben, respiratorische Arhythmie usw.) und durch pharmakologische (Adrenalin-, Pilokarpin-, Atropinversuch) Untersuchungen sichergestellt, bevor er sich zur Aufnahme der Psychotherapie entschlossen hat. Alle Fälle wurden auf das Genaueste untersucht, ob eine vegetative Neurose allein für die geklagten Beschwerden verantwortlich gemacht werden mußte oder ob eine organische Krankheit neben der Neurose bestand. Die Patienten wurden hiernach in 3 Gruppen eingeteilt.

Gruppe I: Reine vegetative Neurosen ohne organischen Befund.

Gruppe II: Vegetative Neurosen bei organischer Erkrankung.

Gruppe III: Organische Erkrankung mit Symptomen, die sich nicht mit Sicherheit auf das Vorhandensein einer vegetativen Neurose beziehen ließen.

Obwohl die letzte Gruppe ebenfalls zu Versuchen mit dem a. T. herangezogen wurde, ist das Resultat hier nicht klar genug, um daraus Schlüsse zu ziehen. Gruppe III wird deshalb in den folgenden Mitteilungen nicht mehr mit berücksichtigt.

Es wurden behandelt:

Gruppe I	Gruppe II
2 Angina pect. vasomot.	1 Angina pect. vasomot. mit hohem Blutdruck und präsklerot. Erscheinungen.
2 Enuresis noct.	1 Enuresis mit Verdacht auf Spina bifida occulta.
4 Essentielle Hypertonien.	3 „Essentielle" Hypertonien bei Präsklerose.
8 Tachykardien.	7 Tachykardien bei Basedow, altem Vitium cordis u. a.
4 Hypersekretionen des Magens.	1 Hypersekretion des Magens mit Verdacht auf Ulcus ventriculi.
34 Vegetative Neurosen in der Klimax.	12 Klimaxneurosen mit Störung auch in anderen endokrinen Drüsen.
17 Vegetative Neurosen bei Menstruierenden.	5 Vegetative Neurosen bei Menstruierenden mit Störung anderer endokriner Drüsen.
6 Hyperidrosis.	4 Asthma nervosum mit chron. Bronchitis oder beginnendem Emphysem.
2 Leichte Akroparästhesien.	
3 Ösophagusspasmen.	
3 Nächtliche Pollutionen.	
4 Colica mucosa.	

B. gibt dann die Mitteilung eines besonders instruktiven Falles der Gruppe I:

F. L., Näherin, 45 Jahre, letzte Regel vor 4 Monaten, verheiratet, ein Kind. Nie ernstlich krank gewesen. Fam. o. B. Nie besonders nervös gewesen. Syphilis, Tuberkulose bestritten. Klagt jetzt über häufige, anfallsartig auftretende Hitzewallungen zum Kopf mit Schweißausbruch über den ganzen Körper. Diese „Anfälle" treten so häufig auf und sind so heftig, daß die Pat. sich gar nicht mehr aus dem Hause wagt. Ferner klagt die Pat. noch über Herzklopfen und Unregelmäßigkeiten des Herzschlags. Alle Erscheinungen bestehen seit etwa 6 Monaten. Der Schlaf ist im allgemeinen gut, ohne Träume. Leichte Verstopfung. Keine häuslichen Aufregungen.

Status: Mittelgroße Pat. in gutem Ernährungszustand. Haut gut durchblutet. Während der Untersuchung 3 bis 4 anfallsartige starke Wallungen mit Rötung von Kopf, Hals und Brust; dabei allgemeiner Schweißausbruch. Pupillenreaktion normal. Rachenorgane o. B. Schilddrüse nicht vergrößert. Herz: normale Dämpfungsfigur, Töne rein. Aktion kräftig, deutlich beschleunigt (104 in der Minute), Andeutung von respiratorischer Arhythmie. Blutdruck R. R. 150 : 100. An anderen inneren Organen kein pathologischer Befund. Reflexe allgemein gesteigert. Dermographismus ++; Aschner +; Erben, Czermak nicht deutlich +.

15. XI. Adrenalinversuch (0,001): ++.

16. XI. Pilokarpinversuch (0,01): ++.

18. XI. Beginn mit a. T. (keine andere Therapie); Vorbereitung. Entspannungssuggestion.

25. XI. Pat. hat regelmäßig geübt, entspannt sich vollkommen. A. T.: Wärmesuggestion.

30. XI. Pat. hat bei ihren Übungen subjektiv starkes Wärmegefühl in beiden Armen. Sie klagt darüber, daß bei jeder Wärmeübung Wallung und Schweißausbruch auftritt. a. T.: während der heutigen Wärmesuggestion keine Wallung, kein allgemeiner Schweißausbruch, aber isoliertes Schwitzen zunächst des rechten, später des linken Handtellers. Kältesuggestion.

7. XII. Pat. teilt mit, daß die Kältesuggestion besonders dann gut gelingt, wenn sie sich einen kalten Gegenstand auf die Stirn legt bzw. dort befestigt. Die Wallungen sind zurückgegangen. a. T.: Kältesuggestion besonders für Kopf und Hals, Suggestion gegen das Schwitzen. Bei der Kältesuggestion für den rechten Arm wird Erblassen der Haut sichtbar, die Haut fühlt sich kühler an als die des linken, für den Wärmesuggestion gegeben ist.

14. XII. Pat. schwitzt nicht mehr so stark, die Wallungen haben an Zahl und Heftigkeit bedeutend nachgelassen. a. T.: Beginn mit Beeinflussung der Herztätigkeit (scharfe Konzentration auf das Herz, das leicht gedrückt wird. Suggestion für schnelleres Schlagen des Herzens, in schneller lebhafter Rede gegeben; Suggestion für langsameres Schlagen des Herzens, in langsamer eintöniger Rede gegeben). Erfolg heute nicht zu beobachten.

21. XII. Pat. hat eifrig geübt, konnte aber keine Veränderung im Herzrhythmus wahrnehmen. a. T.: weitere Beeinflussung der Herztätigkeit. Puls läßt sich von 100 auf 110 steigern und auf 90 herabdrücken! Der Befund wird der Pat. mitgeteilt. Sie wird veranlaßt, den Puls während der Übung zu kontrollieren.

4. I. Puls heute in der Ruhe 90. Keine respiratorische Arhythmie. Subjektiv ohne Beschwerden. Sehr selten eine Wallung, kein Schweißausbruch mehr. Keine Herzbeschwerden. Entlassung mit der energischen Mahnung weiter zu üben.

15. III. Pat. stellt sich wieder vor. Es geht ihr sehr gut. Puls: 86. Herzbefund normal. R. R. 130 : 90. Haut ziemlich trocken. Sonst Befund wie vorher.

Was die übrigen Fälle anbetrifft, so zeigt sich ganz allgemein, daß reine vegetative Neurosen meist erstaunlich schnell und dauerhaft zu beeinflussen sind, wenn die Intelligenz der Patienten dem Gang der Behandlung zu folgen versteht, wenn ferner die Beschwerden nicht so überstark sind, daß sie eine besonders eilige Hilfe verlangen. In dringenden Fällen hat B. stets mit medikamentöser oder physikalischer Therapie begonnen und ging erst allmählich zum a. T. über. Schließlich ist Ausdauer und Zuverlässigkeit der Patienten unbedingte Voraussetzung. Gerade dadurch unterscheidet sich ja das a. T. von anderen Suggestionsbehandlungen, daß an die Stelle überraschender Augenblickserfolge, hervorgerufen durch die überragende Autorität des Arztes, die eigene Kleinarbeit auf Grund eines sich mehr und mehr entwickelnden Gesundungswillens tritt. Geduld ist hier ebenso erforderlich auf seiten des Arztes, wie auf der des Patienten. Dafür sind die Erfolge unbestreitbar. Natürlich wird niemand verlangen können, daß durch die Behandlung eine vegetative Disposition beseitigt werden könnte. Das ist ja unmöglich. Aber den akuten Zustand der vegetativen Neurose kann man nach meinen Erfahrungen fast immer günstig beeinflussen, ja, heilen, wenn die oben angeführten Bedingungen erfüllt werden.

Die Sprechstunde wird durch die schnell ausführbaren psychotherapeutischen Anleitungen nicht übermäßig belastet. Im Neuköllner Ambulatorium, das eine hohe Frequenz und allerdings damit übereinstimmend auch ein vorzügliches Krankenmaterial hat, ließ sich das a. T. ohne Störungen und mit gutem Erfolge durchführen.

I. H. Schultz.

***Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge,** herausg. von O. Bumke (München), G. Kolb (Erlangen), H. Roemer (Illenau), E. Kahn (New Haven). 400 Seiten. Walter de Gruyter & Co., Berlin-Leipzig 1931. Brosch. RM. 23.–, geb. RM. 25.–.

Die Herausgeber weisen in ihrem Vorwort mit Recht darauf hin, daß dieses Buch einem dringenden Bedürfnis entspricht, weil die schon recht umfangreiche Literatur über die einschlägigen Fragen bisher an zahlreichen Stellen verstreut gewesen ist. Auch erfahren wir, daß die notwendige Eile die Herausgeber bewogen hat, die Form des Handwörterbuches zu wählen, dem erst später ein umfangreiches, sachlich gegliedertes Werk nachfolgen soll. Wir können dem gegenüber mit Genugtuung feststellen, daß diese gewissenhafte Entschuldigung nicht notwendig war, da das Werk nichts von Eile erkennen und an Gründlichkeit kaum etwas zu wünschen übrig läßt. Die Zahl der einzelnen Aufsätze, die alphabetisch geordnet und von zahlreichen namhaften Fachleuten bearbeitet sind, ist so groß, daß ein genaues Eingehen auf alle Einzelheiten im Rahmen einer kurzen Besprechung nicht möglich ist. Es soll vor allem anerkennend hervorgehoben werden, daß die ganze große und so ungemein wichtige Gruppe von Fragen, die dem Problem der Fürsorge zugehören, der Gefahr, durch die alphabetische Einteilung zerissen zu werden, entgangen ist und zusammenhängend abgehandelt wurde. Dieses wichtige Kapitel macht einen beträchtlichen Teil des Buches aus und weist in der Reihe seiner Mitarbeiter die besten Namen auf. In den Absätzen über allgemeine Organisation der psychiatrischen Fürsorge, über Statistik und über die speziellen Einrichtungen der offenen und geschlossenen Fürsorge in Stadt und Land finden wir im wesentlichen das wieder, was wir schon aus dem ausgezeichneten Buche von Roemer, Kolb und Faltlhauser kennen. Als besonders wertvoll möchten wir den Beitrag von Nitsche über die Therapie in der Heilanstalt hervorheben, in dem auf die große Wichtigkeit der Psychotherapie in der Anstaltsbehandlung, besonders bei den schizophrenen Psychosen hingewiesen wird, während die Absätze, die von der offenen Krankenfürsorge handeln, die Berücksichtigung dieses wichtigen Problems vermissen lassen. Zur Frage der Psychopathenfürsorge meint Gregor mit Recht, daß die Errichtung von Beobachtungsstationen für psychisch defekte Jugendliche wünschenswert wäre, zu deren Agenden auch die Beratung und Unterweisung der Eltern, Lehrer, Erzieher und Seelsorger gehören könnte. Es ist Gregor auch darin beizustimmen, daß die geringe Zahl der speziell ausgebildeten Jugendpsychiater für den Bedarf nicht ausreicht. Beyer erhebt die bekannte Forderung nach Errichtung von Nervenheilstätten. Es scheint uns nicht zweckmäßig, daß hier organisch Nervenkranke mit Neurotikern vermischt werden, da die Behandlung der beiden genannten Gruppen eine verschiedenartige Ausbildung voraussetzt und außerdem für viele Neurotiker das Beisammensein mit organisch Kranken nachteilig ist. Der Absatz über die Fürsorge für sittlich Gefährdete (Villinger) leitet zu einer anderen Gruppe über, die sich mit Sexualität, Liebe, Ehe und Geschlechtskrankheiten beschäftigt. Während hier, wie schon erwähnt, Villinger sich mit der Fürsorge für den Personenkreis der durch das Sexualleben Gefährdeten und insbesondere mit den gesetzlichen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten befaßt, behandelt Hübner die Eheberatung als soziales und eugenisches Problem. In drei sehr interessanten Teilen behandelt H. W. Maier die einschlägigen psychologischen Fragen und erfreut hier durch konsequente, aber kritische Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse, besonders in bezug auf die Perversionen. Leider vermissen wir hier ein näheres Eingehen auf das uns so wichtig erscheinende Thema des Präventivverkehrs. Zu den wichtigen Fragen der Konstitution, Vererbungslehre und

Eugenik finden wir Beiträge von Fetscher, Hoffmann, Lange und Luxenburger, in denen die genannten Autoren ihre bekannten Ansichten wiedergeben. Mit der Fürsorge und Behandlung der Alkoholiker und anderer Süchtiger beschäftigen sich Fränkel und Illberg, während Wlassak sehr interessante Ausführungen über die Chemie, Pharmakologie und Toxikologie des Alkohols bringt. Mit der Bedeutung körperlich hygienischer Maßnahmen, mit Wohnungs-, Arbeits- und sozialer Hygiene beschäftigen sich Baeyer sen. und jun., Gottstein, Kisskalt und Koelsch. Besonders interessant sind die Ausführungen von Baeyer jun. über die Psychologie des Krüppels und das Problem der Krüppelfürsorge.

Eine Reihe weiterer Beiträge könnte man unter dem gemeinsamen Titel der angewandten Psychopathologie zusammenfassen. Sehr schön sind die Ausführungen von Kahn und F. Kant über Lebensfreude und Selbstmord, ihre individuelle und soziale Bedeutung. Die große Wichtigkeit der Religiosität in der Selbstmordfrage wird von Kant entsprechend gewürdigt, auch die Maßnahmen der Lebensmüdenberatung werden gebührend berücksichtigt. Die Ausführungen Gregors über Erziehung und Heilpädagogik sind wohl etwas zu knapp geraten, ebenso die Beiträge von Bostroem, Enke, Kahn, Kretschmer und Mauz über Psychiatrie und Psychotherapie. Interessant und reichhaltig sind dagegen die Ausführungen von K. Schneider über „Pathopsychologie im Grundriß". Interessante Beiträge über Aufklärung, Belehrung, Ausbildung und Berufsberatung bringen Adam, Graf, Sioli, Vogel und Wickel. Endlich finden wir noch eine Reihe wichtiger Einzelfragen in ausgezeichneter Weise behandelt, so die Geopsychologie von Hellpach, die Kriminalität von Villinger, Kultur, Zivilisation, Kunst- und Weltanschauung von E. Stern und endlich einen sehr lesenswerten kleinen Aufsatz über die Bedeutung der Presse von E. Krapf.

H. Kogerer-Wien.

V. REFERATE

I. Allgemeines

Levi-Bianchini, M. (Teramo), **Alcuni piccoli aforismi psicoanalitici ed altri.** (Kleine ps.-a. Aphorismen u. ä.) Arch. di Neurol., 1930, Bd. 11, H. 3, S. 253–262.

Hübsche, zum Teil geistreiche, geschliffene Anmerkungen zu vielerlei Themen, über Liebe, Freundschaft, Verzeihung, Einsamkeit, Beziehungen zu Menschen und Dingen (ein Abschnitt beginnt: viele nähren in sich die Begierde nach Dingen, wenige nur die Liebe zu ihnen). Ein erfahrener Psychologe, der mit offenen Augen in die Welt sieht, hat die Sätze geprägt. Sie sind lehrreich und unterhaltlich zu lesen.

R. Allers-Wien.

***Weiss, Jul.** (Wien), **Der Kranke und die Krankheit.** (Neues Lehrbuch für Ärzte.) 254 Seiten. Ferd. Enke, Stuttgart 1930. Brosch. RM. 10.–, geb. RM. 12.–.

Das Buch hat als Beitrag zu dem jetzt so aktuellen Problem der Erfassung der Individualität der Kranken zu gelten. Es packt die Aufgabe jedoch, frei von aller theoretischen Spekulation, sehr konkret an und besteht im wesentlichen aus einer Zusammenstellung einer ganz außerordentlich großen Anzahl von Tatsachen über die Beziehungen des Menschen zu seiner Umgebung und sozusagen zu sich selbst. Stati-

stisches Material ist in großem Umfange verwertet, und man kann sagen, daß dieses statistisch Erfaßbare am Menschen auch das Eigentliche an dem hier verwendeten Individuumbegriff darstellt. Die einzelnen Themen sind: Krankheit und Lebensalter, Geschlecht, Konstitution, Lebensweise, Infekt, Klima, Trauma, Nationalität, Beruf, Arbeitsunfähigkeit, Umwelt, Genie. Im Grunde hat das Buch den Charakter einer Einführung. Vieles wird wohl allen erfahrenen Ärzten bekannt sein, und das Neue ist zweifellos interessant und lehrreich. Osw. Schwarz-Wien.

***Liek, E., Das Wunder in der Heilkunde.** 208 Seiten. J. F. Lehmann, München 1930. Geh. RM. 3.60, geb. RM. 5.–.

Flüssig geschriebene allgemeinverständliche Plauderei über mehr als das Thema angibt. Zahlreiche geschickte Zitate; Anekdotisches; Selbsterlebtes in Gallspach und an anderen Wunderorten; Einiges aus der Geschichte der Heilkunde – kurz: multa; ob auch multum wird verschieden beurteilt werden. Die Wirkung des Wunders erklärt L. aus der Suggestion, die der „Kraftspender" ausübe. Die Psychoanalyse lehnt er ab. In einer Hinsicht kann dies Buch auch den Psychotherapeuten interessieren: er kann daraus erkennen, welches Gesicht unsere Arbeiten und Einsichten gewinnen, wenn sie in die Breite gehen. Wie einfach, wie sonntagsschulenhaft wird da alles! Und wie verschwinden die Probleme ... Das Wunder „erklärt" sich aus der Suggestion. Wie einfach! Wie so ganz 1890 ist das für unsere Augen, denen das Wunder der Suggestion gerade wieder bewußt und rätselhaft geworden ist.

G. R. Heyer-München.

II. Psychologie

d) Entwicklungs-Psychologie und Pädagogik

***Schmeïng, Karl, Die mehrfache Pubertät.** 166 Seiten. Pfeiffer, Berlin-Friedenau 1930. RM. 5.50.

Unter „Pubertät" versteht man allgemein heute die ganze Lebensphase der geschlechtlichen Reifung (nicht des Reif-Seins!), also die Übergangszeit vom Knaben zum jungen Mann, vom Mädchen zum geschlechtsreifen Weibe. Wenn daher S. eine vierfache Pubertät annimmt, nämlich „des Kindes, des Jugendlichen, des Erwachsenen und des Alters", so ist das nach unserer gewöhnlichen Terminologie eine contradictio in adjecto. Er meint vielmehr Zeiten, in denen mehr schubweise als sonst eine Veränderung im Menschen eintritt und glaubt dabei gewisse psychische und auch biologisch-somatische Parallelerscheinungen feststellen zu können. Daran knüpft S. Forderungen bezüglich der Erziehung und der „geistigen Linie der Entwicklung". Er verlangt, ausschließlich auf „Erkenntnis" fußend, „einen Menschentypus, der, gestützt von der Gemeinschaft und der Gemeinschaft dienend, aufgeschlossen für neue Gedanken und Formen, mit aktiver Initiativkraft in die Zukunft schaut". Ref. glaubt nicht, daß das Buch psychotherapeutisch dem Arzt von Nutzen sein wird.

Johannes Dück-Innsbruck.

***Liepmann, Wilhelm, Jugend und Eros.** Sexualpsychologische Lebensfragmente junger Menschen. 223 Seiten. C. Reissner, Dresden 1930. Geh. RM. 4.–, geb. 6.–.

Das Buch des bekannten Berliner Gynäkologen und Frauen-Psychologen versucht an Hand einiger Dutzend wörtlich mitgeteilter Ausführungen von Hörern und Hörerinnen der Wahrheit über die heutige Jugend und ihr Liebesleben und Liebesempfinden möglichst nahezukommen. L. meint nämlich: „Hier kann nur die Jugend selber sprechen. Sie selbst kann alles das, was in ihr lebt und sie bewegt, besser gestalten

als wir, die wir dem Ende unseres Lebens zugehen und oft genug das Wesen der neuen Jugend mißverstehen. Jugend und Eros kann nur durch Bekenntnisse der Jugend selbst sich enthüllen . . ." Eine derartige kasuistische Methode mit Autoreferaten leidet aber notgedrungen an vielen Fehlerquellen, wie sie ihr gegenüber ja schon oft eingewendet worden sind und die in diesem Falle wegen der starken Affektbetontheit des Inhalts vielleicht besonders aufdringlich vor Augen treten; die wichtigsten dieser Einwendungen lauten: Einseitigkeit und Geringfügigkeit des Materials, vor allem aber, daß auch hier, ja hier wohl ganz besonders der Grundsatz gelten muß: nemo judex in propria causa! Wieviel an Selbsttäuschung – gewollt und ungewollt! – mag da mitunterlaufen? Das kann wohl niemand entscheiden. Wenn z. B. L. meint: „Besonders interessant sind die immer wiederkehrenden, durch mangelhafte Aufklärungen gegebenen Vorstellungen junger Mädchen, daß durch einen Kuß oder durch ein Handgeben eine Schwangerschaft entstehen könnte", so muß Ref. auf Grund seiner eigenen viel umfangreicheren Sexualrundfrage (die freilich wegen des Kriegsausbruchs nur sehr gekürzt in den „Sexualproblemen" erscheinen konnte), sowie auf Grund seiner vieljährigen erzieherischen und ärztlichen Tätigkeit betonen, daß derartige vorübergehende Vorstellungen kaum je die gewaltige Bedeutung gewinnen, welche hinterher zu einer gewissen Retuschierung des eigenen Seelenlebens beliebt wird. Daß ferner zuweilen „noch besondere, schon an das Pathologische streifende Bekenntnisse" mitgeteilt werden, gesteht L. selber zu. Ref. möchte aber auch bei diesen Sexualselbstbekenntnissen die Einwendungen unterstreichen, welche in neuerer Zeit besonders Paul Plaut in seinem Buch „Aussagen und Umwelt in Sittlichkeitsprozessen" (s. Ref. Bd. 2, S. 276) in geradezu klassischer Weise dargestellt hat. So interessant also diese Bekenntnisse auch für den Psychotherapeuten, ja für jeden Arzt sind, so sehr glaubt Ref. doch Bedenken haben zu müssen, diese Bekenntnisse allen andern an sich sonst sachlich interessierten Kreisen, wie Richtern, Erziehern, Lehrern und Eltern, etwa als Ausdruck des normalen, d. h. heute allgemein zutreffenden Seelenlebens unserer Jugend empfehlen zu sollen. Noch mehr aber wäre es zu bedauern, wenn durch den Umschlag, der in der ganzen Höhe das Profil eines nackten Weibes enthält, auch noch andere Kreise aus weniger erwünschten Motiven zum Erwerb des Buches angereizt würden. Etwas anderes aber ist es, wenn man die Begleitworte L.s selbst ins Auge faßt. Besonders kann man sich mit seinen Ausführungen in der Einleitung fast Wort für Wort einverstanden erklären, so vor allem da, wo er als Zielsetzung der Sexualpolitik klar und unzweideutig ausspricht: „Nicht Nivellierung von Mann und Weib erfordert die Zukunft, sondern Differenzierung!" Ref. freut sich, von einem so bedeutenden und warmfühlenden Forscher darin denselben Grundgedanken ausgesprochen zu sehen, den er in seinem Schlußaufsatz zu Eberhards Sammelwerk „Geschlechtscharakter und Volkskraft" (Hofmann & Co., Darmstadt) ebenfalls als das Um und Auf unserer wichtigsten sexualpolitischen Bestrebungen gegenüber bolschewistischen Einflüssen gekennzeichnet hat. Auch unterschreibt er gerne die Worte L.s: „So endet schließlich unsere Erkenntnis in dem einen großen Ziel der biologischen Einheit, die allein imstande ist, Zukunftswerte zu schaffen, gegenwärtiges Glück zu formen." – Schließlich soll aber an dieser Stelle, welche ja als literarische Zentralstelle für die Psychotherapie dafür besonders geeignet erscheint, eines großen Mangels unserer heutigen Hochschulausbildung, besonders auch der medizinischen, gedacht werden, den L. in folgende Worte kleidet: „Kein Lehrstuhl faßt die großen Gebiete zusammen, die alle belebt und gestärkt, gewandelt und gebildet werden von der göttlichen Schöpferkraft der Erotik." Ref. hat schon wiederholt

Einblick nehmen können in die geradezu verblüffenden Lücken, welche (trotz vielleicht ausgezeichnet bestandener Prüfungen über – somatische – Geschlechtskrankheiten) sogar noch junge Ärzte in ihrem Wissen über Geschlechtsleben überhaupt aufweisen. Er hat ferner schon hundertmal in seiner Praxis das Wort gehört: Sie sind der erste Arzt, bei dem ich mich endlich einmal aussprechen kann über Dinge und Zweifel, die mich doch so lange schon quälen . . . Gerade aus diesen Erfahrungen heraus hat sich Ref. vor einigen Jahren warm für die Errichtung solcher zusammenfassender Lehrstühle eingesetzt, die doch nicht nur – wenn selbstverständlich auch in erster Linie! – dem Mediziner, sondern auch dem zukünftigen Richter und Anwalt sowie Lehrer recht sehr vonnöten sind. Wenn nun auch L. in seinem Schlußwort zur gleichen Forderung kommt, so darf vielleicht doch die Hoffnung ausgesprochen werden, daß sich die maßgebenden Kreise für die Verwirklichung interessieren werden. Wenn dann weiter als erfreuliche Tatsache gebucht werden kann, daß heute mehr denn je sich auch streng kirchliche – katholische wie evangelische – Kreise für die notwendige einschlägige Ausbildung und Einstellung besonders ihrer Priester erwärmen, so darf man darin mehr als nur einen psychologisch-politischen Weitblick erkennen, der den allgemeinen Kulturgefahren einer familien-zersetzenden Ideologie an der Wurzel zu begegnen bestrebt ist. Und der Arzt ist eben heute für sehr viele Menschen auch ein außerordentlich notwendiger Beichtvater; wohl dem Arzt, der seine diesbezügliche Aufgabe erkennt und der sich daher auch entsprechend psychotherapeutisch vorbereiten kann; und dazu gehört gewiß auch genaueste Kenntnis des Sexuallebens und aller seiner psychischen Verknüpfungen.

Johannes Dück-Innsbruck.

***Clauss, Karl, Mutter und Sohn.** Vom Werdegang vaterloser Halbwaisen. (Pädagog. Untersuch., herausg. v. O. Kroh, Tübingen.) 104 Seiten. H. Beyer & Söhne, Langensalza 1930. Brosch. RM. 3.–, geb. 3.70.

Die hier verarbeiteten Erhebungen wurden bereits 1925 durchgeführt, also in einer Zeit, in der nahezu in allen Schulklassen Kriegerwaisen zu finden waren. Insgesamt an 189 Waisen, ausschließlich an Knaben im Alter von 8–20 J. Es kam C. vor allem darauf an, das, was für die Erziehung ohne Vatereinfluß charakteristisch ist und was für den praktischen Pädagogen auch dann noch Wert haben wird, wenn keine Kriegerwaisen mehr zu erziehen sein werden, herauszuarbeiten. Die Methode der Materialgewinnung waren Besprechungen mit den Kriegerwaisen selbst, ihren Müttern und Lehrern, denen ein Frageschema zugrunde lag, an dem aber nicht allzu streng festgehalten wurde. Durch diese dreifache Befragung schien am ehesten die Gewähr gegeben, die mitgeteilten Fakten möglichst objektiv erfassen zu können. Die Typisierung der Eigenart von Müttern und Söhnen wird nicht nach den Gesichtspunkten, die sich aus dem Material selbst ergeben, versucht, sondern es wird die Einteilung Kerschensteiners in aktive und kontemplative Typen übernommen und weiter festgestellt, wieweit das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn und der Erziehungserfolg von dem Zueinandertreffen zweier gleicher oder zweier verschiedener Typen abhängen.

H. Hetzer-Wien.

III. Psychophysisches

a) Psychogenese

***Duparchy-Jeannez, M., Ausdrucksformen von Krankheiten in der Handschrift.** (Deutsch von H. Passow.) 123 Seiten (davon 78 Tafeln). Niels Kampmann, Heidelberg 1930. Brosch. RM. 5.90, geb. RM. 6.90.

D. geht von der Annahme aus, Graphologie könne zu genauen und positiven Diagnosen kommen, da sich in der Handschrift, wie in jeder anderen motorischen Kundgebung, der jeweilige Zustand der nervösen Zentren und des Gehirns ausprägen müsse. Ja, wenn die graphologische Krankendiagnose ihre Berechtigung erwiesen habe, sei sie anderen sogar noch vorzuziehen. In der Handschrift erschienen schon Krankheitssymptome, wenn sie sonst noch nicht aufgetreten seien, ferner könne man durch Vergleich der Handschriften früherer Lebensjahre den Verlauf der Krankheit feststellen, durch weitere Vergleiche der Vererbung nachgehen. Im Gegensatz zu den Aussagen schließlich gebe die Handschrift ein klares und fixiertes Bild. D. glaubt nun zeigen zu können, daß sich manche Krankheiten durch ganz eindeutige Bewegungsänderung manifestierten. So seien z. B. bei dem bei gichtischen Erkrankungen vorherrschenden „arthritischen Temperament" der Gang der Schrift schwerfällig, die Linien gleichmäßig horizontal, das Gesamtschriftbild unter verschiedenen Umständen bei verschiedenen Geschlechtern von demselben Gepräge; die Handschriften Magenkranker sollen eine absteigende, die der Leberkranken eine ansteigende Zeilenrichtung zeigen usw. Der hysterische Charakter zeige sich in der Erweiterung des großen M, Neurasthenie in runden scheibenförmigen Punkten. Ferner wird ein Komplex von Besonderheiten der Schriftzüge, die bei verschiedenen geistigen Anomalien auftreten, angegeben. Krankhafte Impulsivität in der Sexualsphäre zeige sich in verdickten Stützpunkten der Unterlängen; bei Frigidität seien die Unterschleifen gewissermaßen entkräftet, dagegen bei der „Hyperästhesie der Liebe" besonders gerundet. Die Liste kann hier nicht erschöpft werden. Die letzten Seiten des Buches dienen der Diagnose der Kinderhandschriften; es folgt das reiche Material von Schriftproben. Den Zusammenhang von Krankheit und Schrift aufzusuchen, mag eine bedeutende Aufgabe sein. Diese Schrift freilich genügt ihr, zumal der höchst mangelhaften nosologischen Grundlagen wegen, ganz und gar nicht. E. Frenkel-Wien.

b) Konstitutionslehre

***Borchardt, L., Klinische Konstitutionslehre.** 2. wes. erw. Aufl. X u. 386 Seiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1930. Brosch. RM. 20.–, geb. RM. 22.–.

Bekanntlich ist der Konstitutionsbegriff B.s stark umstritten und bekämpft, denn er erweitert ihn über das herkömmliche Maß weit hinaus, so daß Konstitution fast mit Verhaltensweise zusammenfällt. Demgemäß kann B. von Konstitutionsänderungen durch Umwelteinflüsse, ja von einer Konstitutionstherapie sprechen. Diese Entscheidungen gehören jedoch einer anderen Kompetenz an; unser Interesse konzentriert sich auf das Kapitel „Die konstitutionellen Besonderheiten der Psyche". Psychische Eigenschaften sind teils ererbt, teils umweltbedingt. Wir müssen Teilkonstituenten der psychischen Ganzheit annehmen, die zu einer Struktur verbunden sind. Der Ablauf des psychischen Geschehens ist von den Reaktionen abhängig, die gewisse Impulse mittels der Assoziationsbahnen auf die nervösen Zentren ausüben. Die Eigenart dieser Reaktionen nennt man Charakter. B. versuchte nun die wichtigsten Leistungen in ein Schema zu gruppieren: es werden da Empfindungen, Rezeptionen, Bewußtsein, Unterbewußtsein, Verstandestätigkeit, Affektivität, Triebleben, vegetativ-hormonales System, Gedächtnis, Wille, Tätigkeiten u. dgl. m. in ein Netz von gegenseitigen Bezügen eingezeichnet. Für die konstitutionell wesentliche Verschiedenheit hält B. nun die verschiedene Beteiligung von Verstandestätigkeit und Affektivität am Gesamtaufbau der Persönlichkeit. Ganz kurz werden die psychischen Abartungszeichen erwähnt. Endlich folgt eine gedrängte Darstellung der Beziehungen der Psyche zu den Körperbau-

typen im Sinne Kretschmers. Daß B. die Zyklothymie mit seinem Begriff der reizbaren Konstitution gleichsetzt, ist bekannt. Osw. Schwarz-Wien.

IV. Charakterologie

b) spezielle

***Blondsky, P. P.** (Moskau), **Zur Psychologie der monandrischen und der polyandrischen Frau in der modernen Kultur.** Z. Sexualw., 1930, Bd. 17, H. 1, S. 1–13.

Die hervorstechendsten Züge der polyandrischen Frau sind: egoistischer Individualismus, rein äußerlicher Ehrgeiz, sachliche Uninteressiertheit; sie ist zänkisch, klatschsüchtig, unruhevoll, kätzchenhaft und liebt das Effektvolle in ihrer äußeren Erscheinung. Ihr gerades Gegenteil ist die monogame Frau: innerliche Ausübung ihrer Pflichten, organisatorische Begabung, Offenheit, Bewußtsein eigener Würde. Die monogame Frau ist von allen Gesichtspunkten der moralisch positiv zu bewertende Charakter, die polygame der negative. Kulturhistorisch gesehen ist die polygame Frau auf einer primitiveren Stufe stehend, ebenso wie sie psychologisch als infantil zu werten ist. Monogamie und Polyandrie sind eben keine sexuellen Spezifika, sondern nur sexuelle Manifestationen bestimmter Charaktere. Äußere Umstände, wie etwa eine unglückliche Ehe, können daher niemals als Ursachen der Polyandrie angesehen werden, zumal die Erfahrung lehrt, daß jeder der beiden Frauentypen auf diesen, wie auf jeden anderen äußeren Anlaß verschieden, und zwar gemäß ihrer Grundstruktur reagiert.

Osw. Schwarz-Wien.

***Mauerhofer, H., Der schizoid-dämonische Charakter.** V u. 97 Seiten. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1930. RM. 4.80.

Diese kleine Studie stellt sich eine gewaltige Aufgabe, ja vielleicht eine der wichtigsten der Personallehre überhaupt. Sie versucht, „die jede Kreatur zusammenhaltende Einheitlichkeit, im psychischen Erleben einerseits und im wertend-weltanschaulichen Denken andererseits des dämonischen Menschen psychologisch notwendig klarzulegen". Die Methode ist eine subjektivierend-verstehende, die aus der Überzeugung entspringt, daß jedes Erlebnis innerhalb des gesamten biologischen Lebens- und Schicksalsverlaufes eine verständliche Funktion erfüllt. Dazu kommt noch die „Strukturhypothese", daß aus einem Zentralfaktor heraus die Strukturgesetzlichkeit einer Person zu erfassen sei. Das Dämonische zeigt nun folgende Charaktere: 1. Lebensnähe: Es sind stets unmittelbare Aufschreie der Kreatur, Erschütterungen des Werdens, Erscheinungsweisen des Daseins selbst, die unabhängig von uns wirksam sind. 2. Bevorzugung des Schauerlichen und Tragischen. 3. Seine Dialektik: Das Ungewöhnliche und Auseinandertreibende der Gegensätzlichkeiten des Lebens wird in der dämonischen Magie in eins zusammengeschweißt in formlos unverständlichen Schöpfungsmomenten. 4. Die Formlosigkeit, d. h. seine außerhalb aller Formen und Normen stehende Erscheinungsart. 5. Die Selbstbejahung. Als Wesen des Dämonischen erscheint die Deutung des Lebens als formunabhängiges Werden, mit besonderer Betonung der ursprünglichen Dialektik und der tragisch-düsteren Seite des Daseins. Versucht man nun die Strukturierung des dämonischen Menschen durchzuführen, so hätte sie um den Zentralfaktor zu erfolgen, den man bestimmen könnte als „antithetisch begründete Unmöglichkeit einer dauernden Lebensform". „Der dämonische Mensch ist der ewig Unbehauste." Und nun folgt der Schritt: das Aufsetzen sozusagen dieser geistig-personalen Struktur auf eine psychologische Realität. Als solche wählt der Verf. die Schizoidie. Dies ist und bleibt vielleicht befremdend. Wie immer man sich zum rein

Inhaltlichen dieser Konstruktion und ihrer Durchführung stellen mag, restlos anerkannt muß die mustergültige Exaktheit im methodischen Ansatz werden. Verf. hält sich bewußt frei von jedem verwaschenen Psychologismus, der geistige Haltungen und Geltungen aus seelischen Faktoren „hervorgehen" läßt, und begnügt sich zunächst mit Feststellung von Zuordnungen auf Grund homologer Struktur (vgl. den Begriff der „Repräsentanz" in meiner „Anthropologie" und „Homosexualität". Ref.). Schizoidie also ist eine Erlebnisweise, wogegen die Dämonie ihre Erfüllung im weltanschaulichen Denken findet. Jedes dieser beiden Phänomene gehört also einer anderen „Schicht" der menschlichen Existenz an, und ihre Zuordnung ist nur möglich und nahegelegt durch die Homologie der beiden Zentralfaktoren: Labilität der Schizoidie und Formunmöglichkeit der Dämonie. Entsprechende weitere Bezugmomente sind die Ambivalenz der Schizoidie bzw. die Dialektik der Dämonie und die schizoide Idiotonie bzw. die dämonische Qual des ewigen Formschaffens. Bis hierher ist, wie gesagt, der Ansatz einwandfrei, zumal wenn die Beziehung von Schizoidie zu Dämonie aufgefaßt wird als Problem der Beziehung von Form zu Inhalt. Kein Einsichtiger wird aber erstaunt sein, wenn er auch den Verf. scheitern sieht an dem Versuch, diese Zuordnung zu einem Zusammenschluß zu konkretisieren. Formuliert wird: die dämonische Weltanschauung fordert als psychisch-genetische Grundlage die Schizoidie; und zwar ist das Verhältnis von der Schizoidie aus ein vielseitiges, von der Dämonie aus aber ein eindeutiges. Wie aber soll das nun verstanden werden, wenn weiter gesagt wird, daß sowohl die Schizoidie wie die Dämonie sich gegenseitig in oft wesentlichen Zügen verändern, „sobald die Dämonie in einem Menschen wirksam wird". Hier erheben sich sehr gewichtige psychologische, stark metaphysisch unterbaute Fragen, deren Dringlichkeit der Verf. übrigens selber erkennt (S. 68). Eine kurze Darstellung des schizoid-dämonischen Charakters und einige biologisch-metaphysische Perspektiven schließen diese anregungsreiche Untersuchung. Osw. Schwarz-Wien.

VI. Spezielle Psychogenese

a) allgemeine Ätiologie

***March, H.** (Berlin), **Der religiöse Sinn der sexuellen Krise.** 46 Seiten. (Kl. Schrift. z. Menschenkenntn. u. Seelsorge, H. 3.) Ed. Pfeifer, Leipzig 1930. RM. 2.50.

Alles eindringende Wissen unserer Zeit um die Gesetze des Lebens und der Geschlechter macht nicht frei und fessellos, sondern schafft tiefere Verpflichtungen. Im Aufgeben der Bindung an einen überindividuellen Lebenssinn entäußert aber der Mensch sich selbst des Lebens. Die heutige sog. sexuelle Krise ist nur eine Teilerscheinung und ein zu tiefer Besorgnis Anlaß gebendes Symptom einer Krisis des Glaubens des religiösen Lebens überhaupt. Von dieser Grundauffassung her verteidigt M. (Arzt) die monogame Ehe und untersucht kritisch die Erscheinungsformen sexueller Nöte, deren soziale Bedingtheiten er ebenfalls anerkennt. Er rät, den psychotherapeutisch Beratenen zur eigenen Verantwortung zu erziehen. Diese sittlich-ernste und zugleich lebensnahe Schrift hat dem auch etwas zu sagen, der nicht alle religiösen Voraussetzungen M.s teilt. Denn im Tiefsten trifft sie die große Wahrheit, daß das Verhängnis des Menschen auf seiner Loslösung aus ewigen Verbundenheiten beruht.

C. Haeberlin-Bad Nauheim.

Moerchen, F. (Wiesbaden), **Die ethische Seite des Neuroseproblems.** Zschr. ges. Neurol., 1930, Bd. 129, H. 1 u. 2, S. 190–208.

Neurose ist in der weitaus größten Zahl aller Fälle nicht Krankheit, wenn man unter Krankheit die Störung des Zustandes oder der Funktion eines biologisch voll-

wertigen Organsystems durch eine hinzutretende Schädigung versteht. Solche organische Störung ist auf alle Fälle Leiden, und Leiden bringt neben Nachteilen auch Vorteile, Leidensgewinn. Der im Leidensgewinn liegenden Versuchung vermögen nur reife und sittlich starke Persönlichkeiten zu widerstehen; für zahllose andere entstehen aus der Strebung um die Anerkennung des Leidens durch die Umwelt neurotische Komplexe. Sie sind zu verstehen als zusätzliche Leidenssymptomatik und sind zu trennen von der primär vorhandenen Symptomatik der Krankheit, des Leidens oder der Schwäche. Hysterische Leiden sind im letzten abhängig von der Struktur der sittlichen Persönlichkeit; deshalb muß das Hysterieproblem auch von der ethischen Seite betrachtet werden. Der im Vergleich zu den früher häufigeren massiven Hysterieformen jetzt oft viel feinere Ausbau des subjektiven Leidenserlebens und die sozialmoralischen Nebenwirkungen des an sich unerläßlichen Versicherungsschutzes nötigen den Arzt, von dem wirklich Kranken, ebenso wie von dem sich krank Wähnenden die Erfüllung gewisser ethischer Forderungen zu verlangen. Die Einsicht in die Abhängigkeit vieler Leidenssymptome von der ethischen Einstellung der Persönlichkeit zum Leiden hat auch praktische Bedeutung; sie vermag zur Abwendung vieler Versicherungsschäden zu führen und kann dem Arzt die Grenzen zeigen, welche die gebotene Hilfe für den Kranken da enden läßt, wo lebenswichtige Interessen der Gesamtheit und Einzelner anfangen bedroht zu werden. M. möchte, bei Anerkennung von Adlers Bestrebungen, bei den psychoanalytischen Schulen mehr erzieherische Beeinflussung ausgeübt wissen, als es oft geschieht. Er verlangt für den Therapeuten eine indeterministisch-ethische Grundhaltung. Neben der erzieherischen Arbeit soll aber auch die symptomatische Therapie nicht zu kurz kommen; hier hält M. insonderheit Weitherzigkeit in der Verordnung von Schlafmitteln für geboten; Schmerzstillung und Beseitigung quälender Schlafstörungen sind bei Neurotikern überaus wichtig zur Erreichung der der Therapie den Weg bahnenden Entspannung. Auch für die Behandlung der sogenannten Unfallneurosen wird ethisch aufklärende Seelenbeeinflussung empfohlen, die sowohl therapeutisch wirkt als auch dem Gutachter Aufschluß gibt über die sittliche Struktur des Patienten. Für die Frage der Arbeitsfähigkeit und Entschädigungspflicht bei rein psychogenen Unfallneurosen muß die Verantwortlichkeit und Zurechnungsfähigkeit wie im Strafrecht betrachtet werden. Für die Gutachtertätigkeit ist es wichtig, daß man bei vielen neurotischen Individuen nicht das Hysterische, sondern den Schwachsinn in besonderer Ausprägung findet. Die hier zu gebenden Urteile rühren an die tiefsten Probleme menschlichen Seelen- und Geisteslebens und erfordern eine gründlichste individuelle Befassung mit den Patienten, die durch keine behördliche Formulierung eingeengt werden darf. Ein ausführlich berichteter Gutachtensfall erläutert die Ausführungen. C. Haeberlin-Bad Nauheim.

f) Psychogene Psychosen

Grossmann, A. (Psychiatr. Univ.-Klin. Zürich), **Verschiedene Arten der Pseudologia phantastica.** Zschr. Neurol., 1930, Bd. 126, H. 1 u. 2, S. 296–311.

G. gibt eine Übersicht über die differenten als P. ph. bezeichneten Krankheitsbilder und deren Psychogenese, die ganz allgemein in einem gesteigerten Geltungsbedürfnis wurzelt. Von der sog. genuinen P. ph. sondert er eine mehr symptomatische Form ab, die inhaltlich auf die Erfüllung einer in der Realität beeinträchtigten körperlichen Fuktion beschränkt ist. Als Belege für diese Form führt er 2 Fälle eigener Beobachtung an. Sie betreffen Kinder mit Motilitätsstörungen, deren Kompensation in vorwiegend motorischen Phantasien gesucht werden. Der eine 14jähr. Knabe zeigte

kretinoiden Habitus. Die Pseudologie entstand als psychogener Überbau auf organischer Grundlage, sie schwand auch mit der Besserung des körperlichen Zustandes. Der zweite, $6^1/_2$jähr., mit einer Littleschen Paraplegie behaftete Knabe produzierte gleichfalls motorische Phantasien, die in noch stärkerem Grade auf das Moment der Fortbewegung begrenzt waren. K. Grosz-Wien.

g) Motilitäts- und Organneurosen

Boas, I., Meine Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung der Magen- und Darmneurosen. Münch. med. Wschr., 1929, H. 10, S. 417–419.

In gewissem Gegensatz zu den neueren Veröffentlichungen der Bergmannschen Schule betont B., daß das Vorliegen einer organischen Störung eine Neurose keineswegs ausschlösse. Neurosen begleiten die organischen Prozesse nicht nur sehr häufig; oft bereite auch die nervöse Störung erst den Boden für den anatomischen Prozeß. Abermals im Gegensatz zu v. Bergmann und besonders Fr. Fleischer (Erg. Med., 1927, Bd. 8, S. 69) „bleibt B. bei der Behauptung, daß die Mehrzahl der Magen-Darmneurosen mit einer Integrität des Verdauungsapparates einhergeht". Die Aussichten der Therapie bei Magen-Darmneurosen scheinen ihm sehr wechselnd. Er empfiehlt vor allem brüske Befreiung des Kranken von jeder Zwangsdiät. Große Schwierigkeiten bieten die nervösen Überlagerungsbeschwerden. Dringende Warnung vor polypragmatischen Untersuchungen des organischen Befundes bei Kranken mit Beschwerdefreiheit (Züchtung nosophobischer Vorstellungen!). Gelegentlich ist larvierte Suggestion praktischer als direkte Psychotherapie; wie denn sogar einfache Sanatoriumsbehandlung (Disziplinierung, Kraftzuwachs usw.) gute Erfolge haben kann.

G. R. Heyer-München.

i) Unfallneurose

Eyrich, M. (Prov. Kinderanst. f. seelisch Abnorme Bonn), **Zur Psychologie der Unfallneurosen.** Dtsche. Med. Wschr., 1930, Bd. 50, 2129–2131.

Dem Unfall als Erlebnis gehört als wesentlicher Faktor die als vital erlebte Bedrohung der Existenz zu. Nicht selten führt die psychologische Analyse auf Selbstwert- und andere Konflikte, die zur Zeit des Unfalles beim betreffenden Individuum bestehen („Affektgetriebene Selbstschutzinstinkte ersetzen besonnene Überlegungen"). Zeitverhältnissen, insbesondere der jeweiligen Wirtschaftslage kommt für das Anwachsen der Unfallsneurosen Bedeutung zu, das Leben in den großen Städten hat seelische und wirtschaftliche Vereinsamung zur Folge. Die Rente ist nicht der einzige Krankheitsgewinn, von einer Reform der Sozialversicherung daher nicht alles zu erwarten. Frühbehandlung der Unfallsneurosen mit dem Ziele, der Entwicklung des Rentenbegehrens zuvorzukommen, wird angelegentlich empfohlen.

K. Grosz-Wien.

VII. Spezielle Psychotherapie

a) Psychoanalyse

***Jung, C. G., Psychologische Typen.** 724 Seiten. 5. u. 6. Tausend. Rascher & Co., Zürich 1931. Geb. RM. 16.–.

Jungs Typenbuch in Fachkreisen zu referieren erübrigt sich. Es dürfte in keiner Fachbibliothek fehlen. Die neue Auflage (1920 ist die erste erschienen) ist unverändert, lediglich durch ein Sachregister vermehrt. G. R. Heyer-München.

d) Katharsis

Löwy, Max (Prag-Marienbad), **Psychotherapie im Kurort.** Zschr. wissenschaftl. Bäderkunde, 1930, H. 1.

Das Kurortregime ist nicht, wie man früher annahm, rein suggestiv, sondern physiologisch und pharmakologisch wirksam, und den Kurmitteln kommt außerdem psychische Wirksamkeit zu. Den somatischen und somatopsychischen Einwirkungen der Kur, die einem festen Gerüst verglichen werden, läßt sich die elastischere Psychotherapie planmäßig eingliedern. In der Heimat kommen die großen Neurosen zur Psychotherapie, im Kurort weit mehr körperlich Kranke mit nervösen Folgeerscheinungen und Kranke mit Organneurosen. Die notwendige zeitliche Beschränkung der Psychotherapie im Kurort gestattet aber doch das seelenärztliche Behandeln vieler Zustände. Dabei hat sich L.s auf psychotherapeutischen Grundsätzen und Kenntnissen beruhende Methode des „Auf-den-Kopf-Zusagens" (stenokathartische Methodik) ebenso bewährt, wie die auf seelisch-körperliche Zusammenhänge zielenden „Zwischenfragen"; ferner gewisse Verkürzungen und Vereinfachungen der gebräuchlichen Methoden in gelegentlicher Verbindung mit Hypnose und bestimmten Atemübungen.

C. Haeberlin-Bad Nauheim.

e) somatische Momente

★Gauger, Kurt, Der richtige Atem, Begriff, Technik, seelischer Hintergrund. 34 Seiten. Jul. Püttmann, Stuttgart 1930. RM. 1.25.

Richtig atmen heißt: in Ordnung sein mit der psychophysischen, atmenden Lebenseinheit, dem Organismus. Sein Wesen ist nicht Stoff, Form oder Erhaltung der Form, sondern durch Atmung als Grundbedingung allen Stoffwechsels gekennzeichnete Aktivität mit ihren direkten Wechselwirkungen zu seelischen Zuständen. Daraus wäre zu folgern: geordneter Organismus = richtige Atmung oder umgekehrt: ein gestörter Organismus als Folge einer mangelhaften Atemfunktion mit psychischer oder physischer Ursache. Wer müßte richtig atmen? Alle!, besonders außer den direkt an einem gesunden Atem Interessierten, den Sängern, Rednern, Sportlern, Tänzern, die Nichtwissenden, die Angst- und Zwangsneurotiker aller Variationen und Abstufungen. Richtig atmen heißt: maximaler Nutzen bei geringstem Kraftaufwand, erreicht über eine „vollendete Lockerheit in der Wechselbeziehung aller Einzelvorgänge, die eine rhythmisch ablaufende Gesamtbewegung ergeben". G. entwickelt alsdann aus der Entspannung heraus eine Reihe von Übungen, die zeigen sollen, wie bei richtiger Ausatmung der Organismus selbsttätig im richtigen dreiteiligen Rhythmus seine Atembedürfnisse reguliert – und wie allmählich durch Hinzunahme von Bewegung und Ton das „Tun im Atem" und damit die rechten Kräfteverhältnisse von Spannung und Abspannung hergestellt werden. Man bedauert, daß ein so guter Kenner wie G. sich überhaupt verleiten ließ, Übungen anzudeuten. Denn die schwierigen Patienten, die am individuellsten zu behandeln sind, stürzen sich ja mit Vorliebe auf gedruckte Anweisungen, die ohne sachkundige Leitung gefährlich sind. Das letzte Kapitel: Was bedeutet Richtig-Atmen? bringt nur Andeutungen, wie ja überhaupt das ganze Schriftchen mit dem viel zu anspruchsvollen Titel nur Andeutungen vom Wesen der Atmung bringt.

H. Müller-Gerloff-Berlin.

Poppelreuter, W. (Inst. Klin. Psychol. Bonn), **Selbstbeobachtungen über die Wirkung jahrelanger Phosphatzufuhr.** Arb.physiol., 1930, Bd. 3, H. 7, S. 605–611.

P. selbst sowie einige andere haben, mit kleineren oder größeren Unterbrechungen. 3–4 Jahre lang Phosphat in Gestalt von Recresal zu sich genommen. Die physiologische

Wirkung war eine durchaus günstige, üble Nebenerscheinungen blieben völlig aus. P. und sein Mitarbeiter sind entschlossen, „die zusätzliche Phosphatzufuhr bis an das Lebensende fortzusetzen". Anfänglich wirkt Recresal appetitsteigernd, was für dauernde Einnahme nicht gilt, die vielmehr das Nahrungsbedürfnis herabzudrücken und an Hungertagen über den Hunger hinwegzubringen scheint. Bei unregelmäßiger Einnahme wird plötzliches Aussetzen der Phosphatzufuhr nicht verspürt, wohl aber bei regelmäßiger und Gewöhnung in Gestalt deutlicher Verminderung der Leistungsfähigkeit, Herabsetzung der Stimmung, Nachlassen der Libido, weniger der Potenz; es liegen aber keine eigentlichen Abstinenzerscheinungen vor, sondern ein Schlechterbefinden ähnlich wie etwa nach Aussetzen gewohnten Spazierengehens. Nach Einnahme größerer Mengen durch längere Zeit bewirken Unterbrechungen auch von 3–4 Tagen gedachte Erscheinungen indes nicht. Die laxierende Wirkung des Präparates ist bei stärkerer Verteilung der Dosen geringer, größer bei höheren Einzeldosen und bei größerer Flüssigkeitszufuhr. Therapeutisch bedeutsam ist, daß subjektives Schlechtbefinden eher eine Unlust zur Recresaleinnahme bewirkt (P. denkt an unbewußte Abwehr möglicher Hilfe), daher die Verordnung die Einnahme an einen fixen Stundenplan binden sollte. Die erregende Wirkung ist an und für sich gering, nimmt nie pathologische Formen an, steht mit der anderer Stimulantien nicht in gleicher Linie. Die Unruhekomponente fehlt ganz. Zu Beginn der Zufuhr können größere Dosen das Einschlafen stören, bei unregelmäßiger Einnahme größerer Dosen ist der Schlaf leicht. Eine steigernde Wirkung auf Libido und Potenz ist nicht konstant, anscheinend nur soweit vorhanden, als dies für alle roborierenden Maßnahmen zutrifft. Vielleicht steigert Recresal die Alkoholtoleranz. P. machte die Erfahrung, daß seine Pulsfrequenz geringer wurde und sonst häufiger Schnupfen ausgeblieben ist. Regelmäßige Zufuhr auch kleinerer Dosen (2 bis 3 Tabletten à 0,8 g pro Tag) führt nach einiger Zeit zu ebenso ausgesprochener und günstiger Wirkung wie solche größerer Mengen. R. Allers-Wien.

VIII. Heilpädagogik

***Aisenscitat, Jacob** (Neapel), **Influenza dell' educazione sugli anomali originari** (Einfluß d. Erzieh. auf originär Abnorme). 536 Seiten. Giannini e. F., Neapel 1930.

Diese Untersuchung stützt sich auf ein sehr großes Material z. T. genau beobachteter Zöglinge in verschiedenen Erziehungsanstalten für Abnorme. In einem Institut für Kinder von Gefangenen 579, darunter 479 Abnorme, von denen sich 422 als erziehbar erwiesen, 543 wesentlich gebessert die Anstalt verließen (93,7%) und nur 21 unerziehbar blieben. Von diesen endeten 9 (1,5%) im Gefängnis, 2 (0,3%) in der Irrenanstalt, 20 blieben schwachsinnig (1,3%). In einem Findelhaus oder einer Anstalt für verlassene Kinder: 1650 Kinder, 1600 Abnorme, 1250 erziehbare, 100 Unerziehbare (Gefängnis: 25 = 1,4%, Irrenanstalt: 10 = 0,59%, Schwachsinnig: 22 = 1,3%, Diebe: 12 = 0,7%, Suizid: 6 = 0,35%). In einem „Asyl-Schiff", in welchem verwahrloste, auf der Straße aufgegriffene Kinder erzogen und auf den Beruf des Fischers oder Handelsmatrosen vorbereitet werden, waren 552, darunter 452 Abnorme, 437 Erziehbare, 32 Unerziehbare (Gefängnis: 4 = 0,7%, Irrenanstalt: 5, Schwachsinnige 10, Diebe 13). Der Schilderung des Materials folgt eine breit angelegte Abhandlung über Vererbung im allgemeinen, bei Neuro- und Psychopathen, Kriminellen u. dgl. im besonderen. Dann wird die Bedeutung der Lues kurz erörtert, ebenso des Alkohols und der exzessiven Armut. Ein Kap. handelt von verbrecherischen Frauen. Der II. Teil beginnt

mit einer allgemeinen Erörterung über die Bedeutung und das Wesen von Erziehung überhaupt und geht genauer auf die in ihr gelegenen Möglichkeiten für Verhütung und Korrektur von Charakteranormalien ein; dabei wird der Familienerziehung der größte Wert beigelegt. Die Struktur der sozialen Umwelt hat besondere Wichtigkeit; die Ausschaltung ungünstiger Einflüsse der Masse auf die Einzelperson und die entsprechende Umgestaltung der großen Masse selbst sind besonders zu beachtende Momente. Wiewohl nun A. der Vererbung in der Entstehung von Charakteranomalien, im Sinne einer besonderen Disposition, eine ausschlaggebende Rolle zuschreibt, hält er doch auf Grund theoretischer Überlegung wie praktischer Erfahrung dafür, daß die Erbanlagen für die Charaktergestaltung in keiner Weise ein unentrinnbares Fatum bedeuteten, sondern durch die Erziehung wesentlich modifizierbar seien. „Es ist unerlaubt die Gesetze der Vererbung als unabänderliche zu betrachten, denen gegenüber nur völlige Resignation übrig bliebe." Die oben angegebenen Resultate der Erziehung auf Grund von Erfahrungen an 3000 Kindern, deren Leben z. T. 30 Jahre hindurch verfolgt werden konnte (1896–1926) sprechen für diese Meinung. Die Aufgabe des Staates sei es, statt Geld auf Gefängnisse aufzuwenden, mit Hilfe dieses Aufwandes vorbeugend zu wirken und entsprechende Erziehungsanstalten beizustellen. Ein Wort von Victor Hugo steht am Ende: Freunde, seid wohl dessen eingedenk, daß es weder schlechte Pflanzen noch schlechte Menschen gibt, sondern nur grundschlechte Züchter.

R. Allers-Wien.

Gregor, A. (Flehingen, Baden), **Psychologie rückfälliger Fürsorgezöglinge.** Z. Kinderforschg., 1930, Bd. 36, H. 4, S. 520–545.

Die Untersuchung basiert auf 100 aus der Erziehungsanstalt Flehingen entlassenen und später wieder eingelieferten Zöglingen in einer zum Teil über 4 Jahre reichenden Beobachtung. Ergebnis: 1. Rein exogen bedingte Rückfälligkeit konnte nur in 3 Fällen nachgewiesen werden, bei weiteren 9 müssen neben der Ungeeignetheit der Unterbringung und den schädigenden Einflüssen seitens der Eltern auch Charaktermängel in Rechnung gezogen werden. 2. Endogene Bedingtheit der Rückfälligkeit ist in den übrigen 88 Fällen anzunehmen. G. unterscheidet hier zwischen a) körperlicher und geistiger Unzulänglichkeit (33 Fälle), die zum Versagen der Jugendlichen in sozialer Hinsicht führte, bei Ausschluß von Geisteskrankheit und Imbezillität; b) in 55 Fällen Charakteranomalien (triebhaft vagabundierende Persönlichkeiten [5], Affektmenschen [9], hyperthyme-zyklothyme [7], haltlose [16], gefühlsarme [6] und dysphorische [12] Persönlichkeiten).

Fr. Sack-Wien.

IX. Forensisches

Stern, William (Psychol. Inst. Hamburg), **Über psychologische Zeugenbegutachtung.** Dtsche. Med. Wschr., 1930, H. 30, S. 1467–1470.

Die Zeugnisfähigkeit, ihre Entwicklung, ihre Grenzen, die Methodik ihrer Untersuchung ist in erster Linie eine Angelegenheit der Normalpsychologie. Die psychologische Zeugenbegutachtung wurde insbesonders mit Beziehung auf die Aussagen von Kindern und Jugendlichen in Sittlichkeitsprozessen ausgebaut. Wird der Psychologe erst, wie gewöhnlich, zur Hauptverhandlung zugezogen, so muß er versuchen, die Geschichte der Aussage zu rekonstruieren. Am wichtigsten sind oft die allerersten Phasen der Aussage. Die zweite Aufgabe des Psychologen in der Hauptverhandlung ist die Charakterisierung der Persönlichkeit und der seelischen Verfassung des Zeugen, zum mindesten nach jenen Seiten hin, die mit seiner Aussage in Beziehung stehen.

Gewährung einer Beobachtungsfrist durch den psychologischen Sachverständigen außerhalb der Verhandlung und ihre Verlegung in das erste Stadium des Vorverfahrens wäre empfehlenswert. Die psychologische Begutachtung allein auf Grund des Aktenstudiums, die sich manchmal als notwendig erweisen kann, ist natürlich mit einem gewissen Unsicherheitsfaktor verbunden, kann aber auch recht fruchtbar werden. Den Ausführungen des Autors kann vom Standpunkt des forensischen Psychiaters, dessen Domäne in erster Linie die kranke Psyche ist, durchaus beigepflichtet werden.

K. Grosz-Wien.

Eliasberg, W. (Nervenklin. Thalkirchen-München), **Klinische und psychologische Gesichtspunkte bei der Begutachtung von Alkoholdelikten.** Ärztl. Sachverst.-Ztg., Bd. 36, H. 22, S. 339–344.

An der Hand eines von E. begutachteten Falles einer Triebhandlung (Sexualdelikt) bei einem Alkoholiker werden die psychologischen und psychiatrischen Grundlagen für die forensische Begutachtung von Alkoholdelikten dargelegt. Die Feststellung der Persönlichkeitsadäquanz, bzw. Persönlichkeitsfremdheit der Tathandlung bildet den leitenden Gesichtspunkt für das gerichtsärztliche Kalkül. K. Grosz-Wien.

X. Fürsorgewesen und psychische Hygiene

***Rott, F., Die planmäßige Einstellung der Kinderfürsorge auf das geistig und seelisch abnorme Kind.** X. Deutsche Tagung f. Säuglings- u. Kleinkinderschutz. 56 Seiten. Selbstverlag d. dtsch. Verein. f. Säuglings- u. Kleinkinderschutz, Berlin-Charlottenburg 1930. RM. 1.50.

1. E. Schlesinger (Frankfurt a. M.). Das geistig und seelisch abnorme Kind in seiner Abgrenzung vom Normalen und seine klinischen Symptome: Der Gesichtspunkt der Entwicklung erweist sich für die Diagnose der Schwachsinnsformen als sehr fruchtbar, wobei jedoch aus der zeitlichen Hinausschiebung einer Einzelleistung nicht auf eine Verzögerung der Gesamtentwicklung zu schließen ist; maßgebend kann vielmehr immer nur das Gesamtverhalten in typischen Situationen sein; bedeutungsvoll für die Stellung der Diagnose ist die Beurteilung von Psychomotorik, Sprachentwicklung und Intelligenz hinsichtlich Assoziationen, Gedächtnis und Aufmerksamkeit. Die Testmethode, in letzter Zeit durch Ch. Bühler, Hetzer und Wolf in den Babytests weiter ausgebaut, bietet in der Hand des geübten Untersuchers ein wertvolles Verfahren. Als Grundtypen der psychopathischen Konstitution werden das ängstliche, nervöse, willensschwache und haltlose und das gemütsarme Kind unterschieden. Als gesetzmäßige Trias erscheinen bei psychopathischen Kindern mit voller Intelligenz wie auch bei psychopathischen Debilen Lüge, Diebstahl und Schulschwänzen. – 2. H. Villinger (Hamburg): Wie bewähren sich die geistig und seelisch abnormen Kinder im Leben? Die fürsorgerischen Möglichkeiten für diese Kinder: Die Bewährung im Leben ist nicht aus dem klinischen Bild der Anomalie, sondern aus einer Vielheit klinisch nicht faßbarer Faktoren abzuleiten, deren Erfassung und Bewertung zusammen mit der ärztlichen Diagnose die soziale Prognose ergeben würde, dazu fehlen heute jedoch die nötigen Vorarbeiten, wie z. B. ausführliche Gesamtlebensverläufe einer größeren Anzahl abnormer Kinder usw. Immerhin läßt sich heute feststellen, daß 1. die Debilen unter günstigen Umweltbedingungen eine befriedigende Lebensführung dort aufweisen, wo sie die nötige Führung haben; unter ungünstigen Verhältnissen aber findet man unter den 15–20jährigen etwa 50–60% wieder als Kriminelle, Prostituierte usw.; daß 2. die anlagemäßigen Psychopathen unter günstigen Umständen zu Höchstleistungen befähigt sind, ihre Bewährung aber lediglich eine Frage der Umwelt ist; daß 3. auf

dem Gebiet der nur Milieugeschädigten die Triumphe der Psychotherapie liegen und bis zu $90^0/_0$ von ihnen geheilt werden können; daß 4. sich auch bei den durch organische Nervenleiden und Psychosen hervorgerufenen psychischen Störungen durch psychotherapeutische und heilpädagogische Bemühungen viel erreichen läßt. Die beste Vorbedingung für den Heilerfolg ist die Früherfassung, Beratung und Unterbringung in guten Pflegefamilien, die Heimen und Erziehungsanstalten vorzuziehen sind; wichtig wären Sonderkindergärten; in Zürich bestehen eigene Psychopathenklassen; ferner sind von größter Bedeutung die Fortbildungshilfsschulen, Arbeitslehrwerkstätten usw.

Fr. Sack-Wien.

Rosenstein, L. M., Die sozial-prophylaktische Richtung in der klinischen Psychiatrie und Psychohygiene. Hippokrates, 1930, Bd. 3, H. 9, S. 450–468.

Reichlich mit politischen Bemerkungen durchsetzte Ausführungen, welche den Stand heutiger Psychiatrie von dem materialistischen Dogma aus beleuchten wollen. „Eine Besonderheit unserer (sc. russischen) psycho-prophylaktischen Richtung ... besteht darin, daß wir unsere psychohygienische Bewegung als revolutionäre Bewegung in der Psychiatrie ansahen.“ Daneben bemerkenswerte Mitteilungen über Häufigkeit bestimmter seelischer Artung in manchen beruflichen und sozialen Gruppen; Betonung der Wichtigkeit psychohygienischer Arbeit unter solchen Gesichtspunkten. Die theoretischen Ausführungen lassen Klarheit recht sehr vermissen. Ref. zumindest gesteht, sich unter der „Dynamik der ausgeprägten klinischen Formen und ihrem dialektischen Übergang von der einen zur anderen“ und ähnlichen Bemerkungen nichts vorstellen zu können.

R. Allers-Wien.

VI. MISZELLEN

Aus Th. Fontane: Von Zwanzig bis Dreißig. Berlin, Fontane. S. 321 ff.

Die folgende überaus plastische Schilderung eines „psychologischen Pechvogels“ verdient psychotherapeutisches Interesse. Lucae (1829–1877) war Architekt und vortragender Rat in der Bauabteilung des Handelsministeriums in Berlin. (Die Redaktion.)

Lucae war, auf seine Liebenswürdigkeit und mehr noch auf seine Talente gestützt, ein allgemeiner Gesellschaftsliebling und hatte Anspruch darauf wie wenige. Und doch bildete die „Gesellschaft“, dieser Schauplatz seiner Triumphe, zugleich den Schauplatz seiner Niederlagen. Er war der artigste Mensch von der Welt und verfiel trotzdem, ganz ohne Wissen und Schuld, beständig in Taktlosigkeiten; er war der friedliebendste Mensch und hatte jeden Tag kleine und mitunter auch große Streitigkeiten; er war der politisch vorsichtigste Mensch und stieß politisch immer an. Wohlerzogenheit, natürliche Klugheit, gute Sitte – nichts half. Wer das Leben beobachtet hat, wird wissen, daß das öfter vorkommt und daß über einzelnen, und zwar immer ganz harmlosen Menschen ein eigener, derartiger Unstern steht; gehöre selber mit dazu, kann also darüber mitsprechen und bin in zurückliegenden Jahren oft sehr unglücklich darüber gewesen, bis mir einmal ein alter Geheimrat unter resigniertem Achselzucken sagte: „Ja, lieber Freund, dagegen ist nichts zu machen. Wem das anhaftet, der muß sich drin finden. Ich bin um gute zwanzig Jahre älter als Sie,

aber ich komme auch nicht draus heraus; es ist ein tragikomisches Verhängnis." Von dem Tage an wurde ich ergebener; aber was mich vielleicht noch mehr beruhigte, war doch die sich mir gerad' um eben diese Zeit aufdrängende Wahrnehmung, daß ich neben meinem Freunde Lucae nur ein Stümper war.

Ich greife zur Illustrierung hier ein paar Beispiele heraus.

Einmal war er in eine große Ministerialgesellschaft geladen, und unter den Geladenen befand sich auch ein hannoverscher Graf, reich, klug, hoch angesehen, der, im Gegensatz zu so vielen anderen seiner Landes- und Standesgenossen, allen Welfismus abgetan und sich zu Preußen und König Wilhelm bekehrt, ja sogar bald nach der Einverleibung Hannovers ein hohes Staatsamt übernommen hatte. Der Graf saß Lucae gegenüber, die Komtesse-Tochter neben ihm. Er plauderte lebhaft und unterhaltlich mit seiner liebenswürdigen Nachbarin, und als der Zufall es fügte, daß man auf Napoleon I. und den General Moreau zu sprechen kam, sagte Lucae: „Ja, dieser Moreau; die Kanonenkugel riß ihm beide Beine weg, und so schrecklich dies ist, so muß ich doch sagen, ich habe darin immer was von göttlicher Gerechtigkeit gefunden; – ich hasse jeden Rigorismus, aber sein Land aufgeben und in den Dienst einer anderen Sache treten, dagegen lehnt sich mein Gefühl auf." Die Komtesse schwieg, der alte Graf, der alles gehört hatte, lächelte; Lucae selbst aber, Politik war nie seine Sache, kam erst um vieles später zum Bewußtsein dessen, was er da mal wieder angerichtet hatte.

Alle die bekannten, oft bis zum Schrecknis sich steigernden Verlegenheitssituationen, die durch unvorsichtiges Fragen in fremder Gesellschaft so leicht geboren werden – alle diese Situationen waren Lucaes eigentliche Domäne. Wenn man ihn acht Tage nicht gesehen hatte, war immer wieder etwas passiert. Auch mit seinen Berolinismen, in denen er sich nur allzugern bewegte, stieß er beständig an, weil er entweder ihre Tragweite nicht richtig erwog oder aber in seiner Erregtheit vergaß, vor wem er überhaupt sprach. Einmal war er ins Palais des alten Kaisers Wilhelm befohlen, um diesem einen Vortrag über irgend eine die Schloßfreiheit betreffende Bausache, vielleicht schon im Hinblick auf das Siebzigerdenkmal, zu halten, und unterzog sich dieser Aufgabe mit der ihm eigenen Lebendigkeit des Ausdrucks. „Ja, Majestät", sagte er, „wenn nur nicht das ‚rote Schloß' wäre." Der Kaiser, der diese Bezeichnung nie gehört haben mochte, war einen Augenblick wie dekontenanziert und wiederholte fragend das ihm häßlich klingende Wort. „Ja, Majestät," antwortete Lucae, „das ‚rote Schloß' – das ist nämlich die volkstümliche Bezeichnung für den Bau da drüben. Übrigens baulich unbedeutend und außerdem Sitz einer ‚Schneiderakademie'." Der alte Wilhelm kam aber, trotz dieses Anlaufes, die Sache ins Heitere zu spielen, nicht wieder in gute Stimmung.

Nicht viel besser erging es dem armen Lucae mit der Kronprinzessin Friedrich. Auch im Gespräche mit dieser handelte sich's um eine Bausache. „Sehen Sie, lieber Geheimrat, da haben wir als bestes das Bibliotheksgebäude, – das einzige Stück Berliner Architektur, das mir gefällt." Lucae seinerseits mochte dem nicht zustimmen und antwortete: „Die Berliner nennen es die ‚Kommode'." – „So, so", sagte die Kronprinzessin und nahm nicht wieder Veranlassung, seinen baulichen Beirat einzuziehen.

So ging es ihm, wenn er zu Hofe befohlen war; aber weit darüber hinaus erwies er sich auf Reisen als ein Pechvogel ersten Ranges. Friedfertig von Natur, wie schon angedeutet, und viel zu fein, um ein Krakehler zu sein, sah er sich doch, sowie er aus Berlin heraus war, beständig in Streitigkeiten und Ärgernisse hineingezogen, oft recht unangenehmer Art. Einmal war er in einem Schweizer Hotel unter vielen Eng-

ländern und hatte sich in die Lesehalle begeben, um ein paar Berliner Zeitungen durchzusehen. Auf den Flur hinaus führte eine Glastür mit einer riesigen Spiegelscheibe; die Tür stand auf, die Fenster natürlich auch, und es zog kannibalisch. Lucae schloß die Tür. Ein alter Engländer mit Kotelettbart und rot unterlaufenen Augen erhob sich sofort und riß die Tür mit Ostentation wieder auf. Lucae schloß sie wieder. Als sich dies zum dritten Male wiederholte, nahm der Engländer einen am Kamin liegenden Poker und stieß die Spiegelscheibe ein. Nun konnte Lucae schließen soviel er wollte, der Zug blieb doch, und der liebe Vetter von jenseits des Kanals hatte gesiegt.

„Der Wille zum Kind."

Sehr geehrte Frau Riese, erlauben Sie mir, Ihnen zu Ihrer Erwiderung zu meinen Ausführungen „Der Wille zum Kind" einiges zu entgegnen.

Sie widersprachen sehr scharf und – verzeihen Sie – auch unsachlich und ungerecht dem, was ich zu sagen hatte. Unobjektiv, weil Sie einem rein persönlichen Erlebnis nur Statistiken und soziologische Gesichtspunkte gegenüberstellen. Die Frage der Beibehaltung oder Abschaffung des § 218 will ich hierbei völlig außer acht lassen, denn sie ist sekundär. Mir kam es darauf an, darzustellen, wie sich der Vorgang als solcher psychisch ausgewirkt hat und eben auswirken kann bei jüngeren Frauen, die ihn erstmalig erleben. Ich gebe Ihnen zu, daß das Ziehen weitgehender Konsequenzen für alle Frauen – weil es sich um eine individuelle Reaktion bei mir und Frauen meines Typs handelte – möglicherweise nicht haltbar ist; ich glaube allerdings, daß erheblich mehr Frauen ein ähnliches seelisches Erlebnis nach dem künstlichen Abort haben werden, als Sie anzunehmen geneigt sind. Aus der hinter Ihren Zeilen stehenden Erwiderung von Erik Ernst Schwabach geht deutlich hervor, daß „bei einem Prozentsatz" der Frauen dieser Chok eintritt.

Ihre Sachkenntnis, auf die Sie sich ständig stützen, besteht in statistischem Zahlenmaterial, das über die seelische Reaktion der Betroffenen nicht das Mindeste enthält. Glauben Sie mir bitte, daß meiner damaligen Situation, in der ich diese Zeilen schrieb, ein „emphatischer Heilsarmee-Überschwang" nicht entsprochen hat; dazu fühlte ich mich zu elend. Ich habe bei der Aussprache mit anderen Frauen festgestellt, daß es ihnen ebenso ging wie mir selbst, und daß die Äußerung ihrer Gefühle sich in sehr ähnlichen Bahnen bewegte. Die sogenannte Sachlichkeit Ihrer Erörterung mit den rein soziologischen und statistischen Betrachtungen läuft am entscheidenden psychologischen Sachverhalt vorbei, den Sie unterwertend als „sentimental" bezeichnen; was mehr bequem als lebenswahr ist! Denn mir scheint, daß im Leben die zentralen Gefühlsmomente einflußreicher und wichtiger sind als Zahlen. Sachkundig für die hier vorliegende Erörterung ist nicht, wer die meisten Statistiken liest und danach verurteilt, sondern nur, wer dies Erlebnis kennt. Derjenige, dem es fehlt, spricht davon, wie der Blinde von der Farbe. So dürfte die von Ihnen geforderte „eindämmende Herrschaft des Willens" praktisch nach einem solchen Schmerz wohl auch mehr theoretische Bedeutung haben.

Mir scheint, das Problem beginnt bei Ihnen erst bei denjenigen Frauen erörternswert und interessant zu werden, „die darüber starben und siech wurden". Also der physische Ruin, während ich vom psychischen sprach, dem das Erlöschen des ganzen Lebenselans folgt. Die nicht nach außen in Erscheinung tretenden Folgen war ich bemüht, darzustellen, die Sie – ebenfalls sehr bequem – als „psychopathisch" be-

zeichnen. Es wäre mir wissenswert, von Ihnen darüber aufgeklärt zu werden, wo die Grenzlinie zwischen völlig normalem Reagieren und der durch die Situation entstehenden pathologischen Reaktion ist.

Da Sie, sehr verehrte Frau Riese, sich bisher erfreulicherweise in dieser Situation mit ihren auftauchenden Konfliktmomenten offenbar nicht befanden, ist der ganze vorletzte Absatz Ihrer Erörterung nicht gerade von Sachkenntnis getragen, und bezeichnenderweise auch besonders unsachlich in der Formulierung, wie es beim unbewußten Empfinden der Schwäche der eigenen Stellungnahme häufig ist. Charakteristisch ist, daß Sie aus diesem Gefühl heraus verdrängend darüber hinweglasen, daß ich in meinem Artikel ausdrücklich betonte, die Verantwortung nicht von mir zu schieben. Sie haben weiter überlesen oder unrichtig referiert, daß ich nicht für mich und mein Mutterschaftsgefühl mich an „die Männer" wende. Der ganze Zweck meines Artikels war, anderen Frauen gleichen Typs, die auch erstmalig vor diese Frage gestellt werden, dringend abzuraten. Hierzu gehört natürlich, auch den Männern die möglichen Folgen darzustellen, da sie selbst an sich derartiges ja nie erleben können. Frauen hören nun einmal auf Männer, die sie lieben; sie werden wohl auch fürchten, durch eine oppositionelle, erzwungene Maßnahme mit ihren lebenslänglichen Konsequenzen eine Einbuße der Liebe ihres Mannes zu erleiden. Solange ein Kind noch nicht da ist, steht der Geliebte natürlich vor dem Kind. Daß Sie dies alles mit Ironie und persönlich-kränkenden Bemerkungen abtun, berührt aus der Feder einer Frau grotesk. Ob solche Fälle möglich sind, wie Sie sie annehmen, kann ich nicht beurteilen; meine Erörterung und die Frauen, die ich kenne, betrifft es jedenfalls nicht. Ich habe auch nach diesem Erlebnis nicht aufgehört, mich nach der Schwangerschaft zu sehnen und wäre selig, sobald sie eintritt.

Sie sprechen von Frauen, bei denen die wirtschaftliche Notlage so groß ist, daß man ihnen helfen muß und nehmen – übrigens völlig irrtümlich – an, daß es sich bei mir um den Fall einer „wohlhabenden Dame" handelt. Ein derart zentraler seelischer Schmerz tut einem wohlhabenden Menschen ebenso weh wie einem Armen, und in meiner Erörterung – in einer Zeitschrift für Psychotherapie – kommt es hauptsächlich auf den psychischen Sachverhalt an.

Schließlich möchte ich mich noch zur Frage der Waisenhäuser äußern, bei der Sie mir verdachten, daß ich nicht Mütterheime vorschlug. Ich habe das ganz bewußt vorgeschlagen. Mir sind viele ausgezeichnete Frauen und Mütter bekannt, die mir oft sagten, daß es ihnen nach einem anstrengenden, aufreibenden Berufstag einfach nicht mehr möglich ist, am Abend für ihr Kindchen noch die erforderliche Spannkraft aufzubringen; die – poesievoll, aber nicht dem realen Leben entsprechend, ausgedrückt – „die Mühe der täglichen Pflege und schlichten Kleinarbeit" zu leisten physisch kaum imstande sind.

Weininger und Fliess haben die Theorie aufgestellt, daß in jedem Menschen sich M. und W. (männliche und weibliche) Teile mischen. Ihre Betrachtungsweise, sehr verehrte Frau Riese, mit ihrer Betonung des Kollektivs und Ausschaltung des Individuums, der volkswirtschaftlichen Momente und der ratio, sowie einem konstruiertem Normalgefühl beim „gesunden Durchschnittsmenschen" ist eine männliche; die Schilderung meiner seelischen Reaktion betrifft einen weiblicheren Frauentyp.

Mit Beilagen des Verlages **S. Hirzel in Leipzig:** *„Beihefte der Internationalen Zeitschrift für Individualpsychologie" und des* **Rotapfel-Verlages in Erlenbach-Zürich, Leipzig:** *„Düring, Sexualpädagogik".*

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig — Printed in Germany